

# Trabajos presentados en el XXXVI Congreso Venezolano de Gastroenterología 2015

## TRABAJOS LIBRES

### MODALIDAD PRESENTACION ORAL

#### 1. COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN PACIENTES CON PATOLOGÍA BILIOPANCREÁTICA. HOSPITAL DE REFERENCIA EN VENEZUELA

Néstor Mora\*, Spitale Evelin\*\*Gastroenterólogo. Jefe de la Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición, Hospital Dr. Pedro Emilio Carrillo, Valera Edo. Trujillo\*/Adjunto. Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición, Hospital Dr. Pedro Emilio Carrillo, Valera Edo. Trujillo\*\*

##### Resumen

Las patologías biliopancreáticas son un problema de salud con serias implicaciones médicas y económicas. El tratamiento endoscópico por medio de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) procedimiento que permite evaluar la estructura del ducto biliar con una seguridad mayor a un (90%) llevó a una expansión rápida de sus aplicaciones. **Objetivo:** Caracterizar la (CPRE) en pacientes con patología biliopancreática que acudieron al Hospital Central de Valera. **Métodos:** Estudio prospectivo. Con una población de 45 pacientes. Se elaboró un instrumento de recolección de datos, donde se incluyó información epidemiológica, clínica, paraclínica, se detalló los hallazgos de la CPRE (patología biliopancreática, terapéutica utilizada y las complicaciones). **Resultados:** El género que predominó fue el femenino: 24 pacientes (53%), y edades comprendida entre 41 - 50 años (33%). La coledocolitiasis fue la patología con mayor frecuencia 26 pacientes (57.7%), seguido de 9 pacientes (19.9%) con Tumor biliopancreáticos. Se efectuó esfinterotomía biliar en 35 pacientes (77.7%), extracción de litos de colédoco en 26 pacientes (57.7%), y colocación de endoprótesis en 20 pacientes (44.4%). Solo 4 pacientes (8.8%) presentaron hemorragia controlada durante el procedimiento, y 2 pacientes (4.4%) pancreatitis aguda leve. **Conclusión:** la (CPRE) es utilizada actualmente como procedimiento terapéutico con un amplio rango de seguridad y éxito.

#### 2. PATOLOGIA BILIAR EN PACIENTES CON BYPASS GÁSTRICO- Y ROUX

Landaeta Jorge\*, Dias Carla\*\*, Tempestini Ornella\*, Caraballo Diego\*. Policlínica Metropolitana\*/Clínica Santiago de León\*\*

##### Resumen

El abordaje endoscópico para patología biliopancreática en pacientes con cirugía bariátrica ha sido muy laborioso y poco efectivo. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de diferentes aborda-

jes ESB-CPRE y CPRE transgástricaasistida por laparoscopia (CPRE TGAL) en el tratamiento de patología biliar en pacientes con bypass gástrico-Y Roux. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo (febrero 2009 - mayo 2015). Se incluyeron 16 pacientes (20 procedimientos) con Bypass gástrico Y-Roux con diagnóstico de patología biliar, 11 pacientes ESB-CPRE (46 ± 12 años), (5) pacientes CPRE TGAL (50±10años). Tasa de éxito diagnóstica, terapéutica, tiempo procedimiento, complicaciones y estancia hospitalaria fueron evaluados. **Resultados:** 20 procedimientos (11 ESB-CPRE, 9 CPRE-TGAL) en 9 (81,81%) ESB-CPRE se identificó y canuló la papila, diagnosticándose litiasis (5), tumor papila (1), disfunción Oddi (1), estenosis (1). Se realizó terapéutica 9 pacientes esfinterotomía (8), esfinteroplastia (1), Extracción cálculo (5), biopsia (1), colocación prótesis (2), retiro prótesis (1). 2 (18,2%) pacientes falló procedimiento (no alcance papila). En 9 (100%) pacientes CPRE TGAL se identificó y canuló la papila diagnosticándose: litiasis (5), estenosis (1), disfunción Oddi (2), tumor papila (1), prótesis (2). En todos se realizó Terapéutica: esfinterotomía (7), extracción cálculos (5), litotripsia mecánica (1), extracción prótesis (2), biopsia (1). Tiempo procedimiento ESB-CPRE 86 ± 25 minutos/CPRE TGAL 34 ± 6 (p=0.001). Estancia hospitalaria ESB-CPRE 44±18 horas/CPRE TGAL 136±38 horas (p=0.001). Complicaciones: CPRE TGAL: sangrado resuelto endoscópicamente (1), hiperamilasemia (3). **Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que ambos métodos tienen similar eficacia diagnóstica y terapéutica. CPRE TGAL es más rápido con mayor estancia hospitalaria.

#### 3. LESIONES DIMINUTAS DE COLON: TÉCNICA DE ELEVACION DE LA MUCOSA CON IRRIGACION FORZADA CON BOMBA AGUA PARA EVIDENCIAR RESECCIÓN COMPLETA DE LESIONES CON PINZA DE BIOPSIA

Landaeta Jorge\*, Dias Carla\*\*, Tempestini Ornella\*, Caraballo Diego\*, Armas Virginia\*\*\*, Mengual Edgar-do\*\*\*, Méndez Jessica\*\*\*, Salazar Maria\*\*\*, Bermúdez Luis\*\*\*\* Policlínica Metropolitana\*/Clínica Santiago de León\*\*/Hospital Universitario de Maracaibo\*\*\*/Hospital Central de Maracaibo\*\*\*\*

##### Resumen

Hay pocos métodos ampliamente adoptados, aplicados y disponibles fácilmente, a bajo costo que permitan verificar resección completa post resección con pinza de biopsia de pólipos diminutos. **Objetivo:** Evaluar la eficacia en la delimitación y realce de los bordes de resección, de un nuevo método elevando la mucosa con un sistema hidrojet postresección con pinza de biopsia de pólipos diminutos colorectales. **Métodos:** Estudio prospectivo (mayo 2014-2015), Policlínica Metropolitana. Se utilizó videocolonoscopio Olympus 180®, bomba hidrojet

ERBE. Se incluyeron pacientes con lesiones diminutascolorectales. Cada pólipo detectado fue caracterizado: luz blanca y NBI. Clasificación Sano-Emura se registró, histología fue reportada. Técnica realizada: resección del pólipo con pinza de biopsia, posterior irrigación del área de resección con bomba hidrojet (100 cc/minuto); evaluación del área, completar resección en caso tal que fuese necesario. **Resultados:** Un total (158) pólipos diminutos (84 pacientes), edad promedio 59 años (30-91). Colon derecho (52), izquierdo (72), anorecto (34). Clasificación Sano Emura: Tipo I 125 (79,1%), Tipo II 33 (20,9%). De los 158, en 105 pólipos (66,45%) la técnica permitió realzar los bordes y verificar bordes libres lesión. De los 53 con tejido residual post resección en un segundo intento, se aplicó técnica y se verificó tejido residual en 2 (3,77%), realizando una tercera resección con aplicación de la técnica verificando márgenes libres lesión. Irrigación mucosal post resección permitió modificar conducta terapéutica: 33,54% y 3,77% respectivamente. De los 52 pólipos colon derecho la técnica permitió evidenciar bordes con lesión post-resección en 15, modificando la conducta terapéutica 29%.

**Conclusiones:** El nuevo método de elevación mucosal con irrigación hidrojet postresección con pinza de biopsia de pólipos diminutos colorectales parece ser una técnica eficaz en delimitar y realzar bordes de resección modificando conducta terapéutica en términos de seguridad y curabilidad.

#### 4. EXPERIENCIA COLONGIOSCOPIA PERORAL MONOPERADOR (SPYGLASS) EN PATOLOGÍA BILIAR EN UN CENTRO PRIVADO DE TERCER NIVEL EN VENEZUELA

Landaeta Jorge\*, Dias Carla\*\*, Paternina Ricardo\*\*\*, Tempestini Ornella\*, Caraballo Diego\*  
Policlínica Metropolitana\*/Clínica Santiago de León\*\*

##### Resumen

Spyglasses uncolangioscopio peroral mono operador desechable que ha estado disponible desde principios de 2007 para patología biliar. **Objetivo:** Demostrar la experiencia en Venezuela usando sistema Spyglass en pacientes con patología biliar. **Pacientes y Métodos:** Estudio prospectivo (febrero 2012 - mayo 2015), Policlínica Metropolitana. 50 spyglass fueron realizados, representando 7,7% del volumen de CPRE biliares en el mismo período (50/650). Se incluyeron 46 pacientes (45 hombres, 1 mujer), edad media 62,6 años (24 -92 años). Indicaciones: coledocolitiasis (20), estenosis (23), tumor (2), descartar Neo entre 2 prótesis (1), prótesis transstent (1). Un mono operador a través de un duodenoscopio terapéutico realizó colangioscopias spyglass. Sedación por anestesiología en quirófano y antibiótico profiláctico fue administrado. **Resultados:** Spyglass fue realizada en 46 pacientes (50 procedimientos). Hallazgos: litiasis (20 pacientes), estenosis benigna (10), estenosis maligna (13), colangitis esclerosante (1), prótesis transstent (1). De los pacientes con litiasis, el clearance ductal posterior a litotripsia holmium láser se logró en el 85% después de una sesión, y el 15% en un segundo intento.

Spyglass confirmó el diagnóstico de malignidad en 13/21 (62%), el diagnóstico se estableció por combinación de características visuales y biopsias directas. En 7/21 (33,33%)

cambio diagnóstico: benigno (6), colangitis esclerosante (1) y en uno no se pudo establecer diagnóstico. La sospecha de benignidad se confirmó en 3/4 pacientes. Pancreatitis, microperforación retroperitoneal y fistula pancreática se reportó en un paciente (2,17%) resuelto con tratamiento médico y quirúrgico. **Conclusiones:** Spyglass es una técnica útil en estenosis sospechosa de benignidad o malignidad, difirió el diagnóstico, modificando la conducta. Es una técnica adyuvante de la CPRE en el manejo de cálculos.

#### 5. VIDEOANOCAP: NUEVA TÉCNICA ENDOSCÓPICA DIRIGIDA PARA LA EVALUACION DEL ÁREA ANORECTAL

Landaeta Jorge\*, Tempestini Ornella\*, Dias Carla\*\*, Caraballo Diego\*, Armas Virginia\*\*\*, Mengual Edgardo\*\*\*, Méndez Jessica\*\*\*, Salazar Maria\*\*\*, Bermúdez Luis\*\*\*\*  
Policlínica Metropolitana\*/Clínica Santiago de León\*\*/Hospital Universitario de Maracaibo\*\*\*/Hospital Central de Maracaibo\*\*\*\*

##### Resumen

El área anorectal es asiento de múltiples patologías y su evaluación se basa fundamentalmente exploración anorectal, anoscopia y/o rectosigmoidoscopia. **Objetivo:** Demostrar la eficacia de una nueva técnica endoscópica (Videoano Cap) en el diagnóstico de patología anorectal. **Pacientes y Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo (junio 2014-mayo 2015), Policlínica Metropolitana. Se utilizó videocolonoscopia Olympus Exera 180, uso de capuchón recto Olympus®. Se incluyeron todos los pacientes con síntomas anorectales: proctalgia (16), rectorragia (32), prurito (7), sensación masa (5). Videoanocap se realizó bajo sedación por anestesiología (midazolam o propofol). Se siguió protocolo de evaluación endoscópica: luz blanca, NBI, magnificación.

Todos los hallazgos fueron corroborados por coloproctólogo (revisión foto video documentación). **Resultados:** 59 pacientes (31 femeninos, 28 masculinos). Edad media 54,76 años (22-80). Hallazgos: fisura anal (4), criptas hipertróficas (7), fibrosis cicatricial en línea anopectínea (1), hemorroides externas (20), hemorroides internas (1) hemorroides mixtas (17), papila hipertrófica (1), pliegue cutáneo engrosado (1), pólipo anal (2), tumor recto (1), normal (5). De los pacientes con diagnóstico de enfermedad hemorroidal (38), 6 presentaron signos endoscópicos sugestivos de complicación: sangrado (2), trombosis (2), erosiones (1), prolapso hemorroidal (1).

**Conclusiones:** Videoanocap es un método eficaz en la exploración del área anorectal, dado su utilidad para la separación y aplanamiento de pliegues, magnificación mucosa, permitiendo observar el área anorectal en toda su extensión, poniendo en evidencia las lesiones que se encuentran en él, ya que permite fijar el área evaluada para su decisión terapéutica final en abordaje frontal sin necesidad de retroflexión.

#### 6. EVALUACION FUNCIONAL DE LA UNION ESOFAGO GÁSTRICA POR IMPEDANCIA PLANIMÉTRICA ANTES Y DESPUES DE GASTRECTOMIA VERTICAL EN MANGA COMO FACTOR PREDICTOR DE ENFERMEDAD DE

## REFLUJO GASTRO ESOFAGICO "DE NOVO". COMUNICACIÓN PRELIMINAR

Aponte Raúl<sup>\*1</sup>, Cardozo Alberto<sup>\*\*</sup>, Rejón Leonardo<sup>\*\*\*</sup>, Dávila Johanan<sup>\*\*\*</sup>, Echenique Marjorie, Cardozo María G<sup>\*\*\*</sup> Neuro gastroenterólogo, Coordinador de la Unidad de Motilidad esofágica, Clínica Gastro Bariátrica. Maracay. Edo Aragua\*/Cirujano Bariátrico. Coordinador de Fellowship de Cirugía Bariátrica, Clínica Gastro Bariátrica\*\*/Cirujano Bariátrico. Clínica Gastro Bariátrica\*\*\*

### Resumen

**Introducción:** La gastrectomía vertical en manga (MG) consiste en reseca el fundus y la curva mayor del estómago preservando la curvatura menor en forma tubular.<sup>1</sup> Estudios-reportan aumento de riesgo de enfermedad por reflujo gastro esofágico (ERGE) "de novo" en pacientes con MG por la eliminación del fundus gástrico, pérdida del ángulo de His, sección de fibras musculares en cincha.<sup>2-6</sup> Yehoshua y col. de-mostraron disminución de distensibilidad e incremento de presión gástrica después de MG.<sup>7</sup> Pandolfino et al.<sup>8,9</sup> señalaron que la distensibilidad de la unión esófago gástrica (UEG) es indicador del grado de apertura de la misma aumentando la tendencia al reflujo. **Objetivos:** Evaluar los cambios anatómicos y funcionales de presión y distensibilidad de la UEG mediante impedancia planimétrica (Endoflip®) involucrados en la aparición de reflujo gastroesofágico. Nosotros hipotetizamos que los eventos de reflujo ocurren por disminución temporal de la zona de alta presión a nivel de la UEG en presencia de un gradiente de presión en sentido gastro esofágico debido a incremento de la presión intragástrica del reservorio y de la distensibilidad en presencia de tono normal de la UEG. **Pacientes y Métodos:** Estudio prospectivo, experimental de cohorte con 23 pacientes de acuerdo a los criterios establecidos por la ISGC (10) Los pacientes con diagnóstico de ERGE preoperatorio y hernia hiatal fueron descartados de la investigación. Los sujetos incluidos tuvieron Videogastroscoopia y Manometría esofágica de alta resolución preoperatoria. Durante el acto quirúrgico se realizó medición de presión y distensibilidad de la UEG con el sistema EndoFLIP® en 2 momentos de la cirugía: al estabilizarse el neumoperitoneo y finalizada la gastrectomía, incluyendo la medición de presión y distensibilidad del reservorio gástrico. **Resultados:** Se evaluaron 23 pacientes, 16 mujeres, edad promedio: 28 años. Índice de masa corporal promedio 35,4 kg/m<sup>2</sup>. La medición inicial con el Endoflip® documentó presión del EEI de 30,93 mmHg, y distensibilidad 11,69 mm<sup>2</sup>/mmHg. La segunda medición mostró incremento de presión a 34,29 mmHg (diferencia de medias de -3,18) y el valor de la distensibilidad fue de 15,18mm<sup>2</sup>/mmHg (diferencia de medias de -3,47). La medición del reservorio gástrico registró presión de 39,48 mm<sup>2</sup>/mmHg). Los cambios registrados presión y distensibilidad mostraron una diferencia altamente significativa (p< 0,0001). **Conclusión:** De acuerdo a los resultados obtenidos del coeficiente de correlación de Pearson se confirma que existe una relación positiva y media entre las variables con significación estadística (p<0,05), a un nivel de confianza de 95%, diferente a cero, determinando que los factores implicados en la

génesis del ERGE posterior a MG están condicionadas a una importante elevación de la presión del reservorio gástrico y aumento de distensibilidad de la UEG.

## 7. REFLUJO FARINGEO LARINGEO: RELACIÓN CON LA AUSENCIA DE PORCIÓN INTRA ABDOMINAL DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR

Alcántara Bruno Manuel Clement<sup>\*</sup>, Rodríguez Sánchez Flor Amelia<sup>\*</sup>, Louis Cesar<sup>\*\*</sup>. Hospital Jesus Yerena "Lidice"\*/ Centro médico de la Trinidad<sup>\*\*</sup>

### Resumen

Se realiza un estudio prospectivo y transversal para evaluar y correlacionar la relación entre el reflujo faringolaríngeo y la ausencia de porción intraabdominal del esfínter esofágico inferior. Se evaluaron 65 pacientes referidos a la consulta de Gastroenterología por la Consulta de Otorrinolaringología con diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo, del Centro Médico Docente La Trinidad en el período 2013 - 2014 para estudios de manometría esofágica y phmetria. Se les realizó un interrogatorio evaluando síntomas típicos (regurgitación y pirois) y síntomas atípicos (tos y disfonía). Posteriormente se seleccionaron dos grupos a comparar: un grupo con ausencia de porción intraabdominal del esfínter esofágico inferior y otro con presencia de porción intraabdominal del esfínter esofágico superior. Como grupo control para ambas poblaciones a estudiar, se utilizaron los valores normales del equipo Marca Sandhill Scientific, modelo Insight Manometry System S98-0190, con un software BioView Análisis 2.0, extrapolándolos a la población en estudio. Se les realizó manometría esofágica (previo consentimiento por escrito) a todos los pacientes de ambos grupos con un equipo manométrico Sandhill Scientific, modelo Insight Manometry System S98-0190, con un software Bio View Análisis 2.0, con catéter express de 5 canales, estado sólido; con retiradas estacionarias cada 1 cm, determinando porción intraabdominal del esfínter esofágico inferior, presión del esfínter esofágico inferior (EEI) y motilidad esofágica. También se les realizó pH metriaesofagica en 24 horas (previo consentimiento por escrito) a todos los pacientes de ambos grupos con equipo Sleugh Sandhill Scientific®. Se utilizaron dos electrodos de antimonio de pH y se colocó 5 cm por encima del borde superior del esfínter esofágico inferior y otro a 10 cm de este (ubicados por manometría), después de calibración en soluciones de pH 4 y 7; tomando como positivas cuando el índice de puntuación combinada de De Meester y Johnson era superior a 14,7. El análisis de los datos y la elaboración de informes escritos con el diagnóstico manométrico de cada paciente fue realizado por un gastroenterólogo entrenado para la realización de manometría esofágica y pH metría, luego es recopilada la información obtenida en una base de datos informática del Laboratorio de Motilidad Digestiva del Servicio de Gastroenterología del CMDLT. Los resultados del presente estudio no demostraron relación significativa entre el reflujo faringolaríngeo y la ausencia de porción intraabdominal del esfínter esofágico inferior; así mismo no demostró relación significativa entre las variables: sexo, edad, clínica, hallazgos manométricos (presión normal o baja

del EEI); pero si demostró que los pacientes con ausencia de porción intraabdominal del esfínter esofágico inferior, dato obtenido a través de manometría esofágica estacionaria, tienen un estudio pH métrico positivo para reflujos ácidos; resultado que brinda una cualidad a este segmento que no tiene denominación ni es considerado hernia hiatal, que si bien no es normal, el presente estudio demostró que si puede ser un factor desencadenante de ERGE y por consiguiente de reflujo faringolaríngeo.

## 8. HEPATITIS ALCOHOLICA: FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD

Edmundo Martínez\*\*, Yleana Marquez\*, Marlene Dominguez\*, Roberto Leon\*\*, Manuel Carreiro\*  
Servicio de Gastroenterología, Hospital Dr. Domingo Luciani, Caracas-Venezuela\*/Unidad de Gastroenterología y Hepatología, Instituto Medico La Floresta, Caracas - Venezuela\*\*

### Resumen

**Introducción:** La enfermedad hepática alcohólica en una causa importante de hepatopatía en el mundo. **Objetivo:** Evaluar el valor combinado de parámetros epidemiológicos, clínicos y paraclínicos en la estratificación de riesgo de muerte a los 90 días en pacientes con Hepatitis Alcohólica (HA). **Métodos:** estudio retrospectivo, en pacientes con HA hospitalizados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Domingo Luciani entre el 1 de enero de 2010 y el 31 diciembre 2011. **Resultados:** se incluyeron 39 pacientes, con edad promedio de 50,70 años, 87,17% del sexo masculino. Según los índices pronósticos clásicos: Maddrey, Glasgow y ABIC, el 74,4%, 53,8% y 12,8% de los pacientes tenían HA grave. Fallecieron el 40% de los pacientes. En el análisis univariado y multivariado de las variables incluidas, solo la glicemia y la ALT tuvieron significancia en la predicción de mortalidad a los 90 días. El 76,92% de los fallecidos tenían niveles de glicemia mayores a 75 mg/dL y de ALT menores a 40 U/L. **Conclusiones:** La HA tiene una alta mortalidad. La glicemia y los niveles de ALT son predictores independientes de mortalidad a los 90 días. No hubo diferencia entre los índices pronósticos clásicos en la predicción de mortalidad a los 90 días.

## 9. ALTERACIONES EN LOS MARCADORES DE FUNCIONALISMO HEPÁTICO, PERFIL OXIDATIVO Y TNF-A, EN CONSUMIDORES DE PRODUCTOS HERBALIFE® DE MARACAIBO – VENEZUELA

Mengual Edgardo\*\*, Lizarzábal Maribel\*, Hernández Ileana\*, Cano Clímaco\*\*\*, Amell Anilsa\*\*\*, Linarez Sergia\*\*\*, Carrillo Marisol\*\*\*, Ramos María\*  
Instituto de Investigaciones Biológicas\*/Postgrado de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo\*\*/ Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas Dr. Félix Gómez. Facultad de Medicina, Universidad del Zulia\*\*\*

### Resumen

Los productos Herbalife® son ampliamente consumidos en el mundo, como opción natural y segura para perder peso; no obstante, se han reportado casos de hepatotoxicidad. El obje-

tivo fue determinar si existe alguna alteración en las pruebas de funcionalismo hepático, indicadores del estrés oxidativo y en el TNF- $\alpha$  en consumidores de Herbalife®. Se realizó una investigación de casos y controles en 100 individuos adultos de Maracaibo (50 consumidores de Herbalife® y 50 controles), excluyendo individuos con hepatopatía crónica. Se midieron marcadores de funcionalismo hepático [alaninoamino transferasa (ALT), aspartatoaminotransferasa (AST), gamma glutamiltranspeptidasa (GGT), fosfatasa alcalina (FA), bilirrubina, albúmina, perfil lipídico y la razón normalizada internacional (INR)], TNF- $\alpha$  y perfil oxidativo malondialdehído (MDA), óxido nítrico (ON) y ácido úrico (AU). Las enzimas hepáticas fueron significativamente más elevadas en el grupo Herbalife®: AST, 30,3 $\pm$ 6,9 vs 24,1 $\pm$ 4,1 UI/L; ALT, 28,8 $\pm$ 12,4 vs 22,1 $\pm$ 7,1 UI/L; GGT, 34,2 $\pm$ 20,0 vs 23,9 $\pm$ 17,0 UI/L y FA, 74,2 $\pm$ 21,0 vs 62,8 $\pm$ 21,4 UI/L; p<0,01. También fueron superiores los valores de: TNF- $\alpha$ , 17,6 $\pm$ 2,7 vs 10,7 $\pm$ 5,9 pg/mL; ON, 36,8 $\pm$ 15,3 vs 29,3 $\pm$ 12,3 ug/mL y AU, 4,7 $\pm$ 1,2 vs 3,9 $\pm$ 1,1 mg/dl, mientras que el MDA fue más bajo (0,6 $\pm$ 0,3 vs 1,2 $\pm$ 0,5; p<0,01). Los resultados sugieren que los consumidores de Herbalife® tienen un incremento del TNF- $\alpha$  y estado oxidativo (ON, AU) más no de la peroxidación lipídica (MDA) con cierto grado de lesión tisular (AST, ALT, GGT y FA). En tal sentido, se recomienda evitar el consumo de Herbalife® en pacientes con patología hepática establecida.

## 10. CORRELACIÓN DEL VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO CON EL DIAGNÓSTICO DE PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN MARACAIBO

Nava Carolin\*, Rangel Rosa\*, Mengual Edgardo\*\*, Lizarzábal Maribel\* Postgrado de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo\*/Instituto de Investigaciones Biológicas. Facultad de Medicina – Universidad del Zulia\*\*

### Resumen

Diversas investigaciones han demostrado que incremento del Volumen Plaquetario Medio (VPM) se ha asociado con condiciones inflamatorias sistémicas con valor de corte de 8,77 fL. En pacientes con cirrosis hepática se ha intentado establecer otros parámetros de laboratorio para predecir infecciones agudas como la Peritonitis Bacteriana espontánea (PBE) principalmente en estadio avanzado. El objetivo del estudio fue determinar si existe correlación entre el VPM y el diagnóstico de PBE. Se realizó un estudio retrospectivo en 113 pacientes con cirrosis hepática y ascitis (55 con PBE y 58 no infectados), atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo durante el año 2014. Se consideró como punto de corte 10 fL para el VPM. Se excluyeron pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cerebro vascular, enfermedades hematológicas, enfermedad renal crónica y síndrome coronario agudo. Existe correlación estadísticamente significativa entre el incremento del VPM y el diagnóstico de PBE (r0.358; p<0,001). En pacientes con cirrosis hepática y ascitis, el VPM puede ser propuesto como una prueba para predecir infección del líquido ascítico.

## 11. ECTOPIA GÁSTRICA EN ESÓFAGO. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS

Rass H\*, Baptista A\*, Guzmán M\*, Dávila M\*  
Hospital de Clínicas Caracas, Caracas\*

### Resumen

La mucosa gástrica heterotópica (HGM) en el esófago cervical es una lesión macroscópicamente rosa de origen congénita caracterizada por la presencia de epitelio gástrico en el esófago superior. La importancia clínica de estas lesiones sigue siendo desconocido. La prevalencia de diagnóstico endoscópico de HGM en esófago cervical con uso de la iluminación convencional (CI) varía de 1% a 10%. Si bien suelen ser asintomáticos pueden presentar síntomas como tos crónica, pirosis, regurgitación ácida, sensación de globo, disfagia junto con complicaciones tales como esofagitis, ulceración, perforación, estenosis y adenocarcinoma del esófago cervical. La mayoría considera HGMPE como entidad clínicamente irrelevante. La importancia clínica de HGMPE es principalmente la transformación neoplásica relacionada o ácido. La prevalencia de síntomas de reflujo laringofaríngeo varía desde menos de

20% a tan alto como 73,1%. Sin embargo, la mayoría de estos síntomas son leves. **Métodos:** se determinó de manera prospectiva desde enero a junio 2015 la incidencia y tipo histológico de la ectopia gástrica, así como el número, localización, tamaño, características histológicas como metaplasia gástrica, inflamación, presencia de *Helicobacter pylori*, displasia. Se tabularon datos demográficos como la edad, sexo.

**Resultados:** Desde enero 2015 a junio 2015 se realizaron 322 gastroscopias diagnósticas y se identificaron 17 pacientes con ectopia gástrica para una incidencia de 5%, sexo masculino 6, femenino 11, pirosis, regurgitación ácida se identificó en 7 pacientes, dolor retroesternal 1 paciente, sensación de globo, 1 paciente, 5 pacientes sin síntomas esofágicos, en cuanto a las características histológicas 11 se identificaron como metaplasia columnar de tipo oxíntica, de las cuales 4 de ellas presentaban inflamación crónica, el resto es decir 6 pacientes metaplasia columnar de tipo cardíal con carditis crónica. Se identificó *H. pylori* en uno de ellos por endomicroscopia con focal. Solo un paciente con doble ectopia. Se realizó resección de la mucosa ectópica en 03 pacientes por síntomas esofágicos persistentes. **Conclusión:** Aunque en gran medida la ectopia gástrica es considerada asintomática, puede causar síntomas supraesofágicos como tos, odinofagia y disfonía, disfagia, casos reportados de adenocarcinoma, ulceración, esofagitis, perforación. Por lo tanto, debe ser cuidadosamente evaluada durante EGD en pacientes con síntomas de tipo esofágicos superiores refractarios.

## 12. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS YEYUNO-YEYUNAL EN POST-OPERATORIO INMEDIATO DE BY-PASS GÁSTRICO

Alberto Baptista\*, María Guzmán\*, Alberto Salinas\*  
Hospital clínicas Caracas\*

### Resumen

**Introducción:** La Estenosis de Anastomosis yeyuno-yeyunal (Y de Roux) en post-operatorio inmediato de By-pass Gástrico Laparoscópico es una complicación infrecuente. Habitualmente requiere reintervención quirúrgica. La dilatación endoscópica es una opción terapéutica en caso seleccionado. **Pacientes y Métodos:** Se incluyeron 15 pacientes en post-operatorio inmediato de By-pass gástrico que presentaron vómitos y en estudios radiológicos dilatación del Asa de Roux. Se progresó con colonoscopia pediátrica o colonoscopia estándar hasta yeyuno-yeyuno anastomosis. Se avanzó guía hidrofílica biliar y sobre ésta balón de dilatación hidroneumático que fue insuflado hasta 20 mm. Se procuró en todos los casos acceder al asa biliar-pancreática y al canal común. Los procedimientos fueron realizados en sala de endoscopia sin Fluoroscopia y bajo sedación con Propofol por anestesiólogo. **Resultados:** La dilatación endoscópica fue efectiva en 14 de 15 pacientes. Un paciente ameritó 2 sesiones de dilatación para alivio completo de los síntomas. Ocurrió perforación en 1 caso por lo que el paciente fue reintervenido quirúrgicamente donde se realizó sutura primaria de la perforación y reconstrucción de anastomosis yeyuno-yeyunal. La dilatación endoscópica con balón hidroneumático de la estenosis de anastomosis en Y de Roux en período post-operatorio inmediato de By-pass gástrico es un procedimiento altamente eficiente con una tasa de complicaciones de 6,6% y una tasa de eficiencia de 93,9%.

## 13. MANEJO ENDOSCÓPICO DE COMPLICACIONES SECUNDARIAS A ESOFAGECTOMIA Y ASCENSO GÁSTRICO

Alberto Baptista\*, María Guzmán\*  
Hospital de Clínicas Caracas\*

### Resumen

**Introducción:** La Esofagectomía con ascenso gástrico es una cirugía indicada en condiciones tales como carcinoma de esófago, cardias y en algunos casos de esofagitis cáustica severa. Se presenta una serie de 9 pacientes con complicaciones después de esofagectomía y ascenso gástrico que fueron manejadas endoscópicamente. **Pacientes y Métodos:** Se evaluaron 2 pacientes con necrosis proximal del tubo gástrico, 2 pacientes con estenosis funcional de antro – píloro, 1 paciente con estenosis funcional de parte media de tubo gástrico, 2 pacientes con fuga de anastomosis esófago-gástrica y 2 pacientes con estenosis de anastomosis esófago-gástrica. En los pacientes con necrosis de tubo gástrico se realizó necrosectomía, lavado de cavidad y se colocaron Stents Metálicos Autoexpansibles totalmente cubiertos. Posteriormente los pacientes han presentado estenosis que han requerido dilataciones endoscópicas sucesivas. Los 2 pacientes con estenosis funcional de tubo gástrico se manejaron, uno con colocación de Stent Metálico Autoexpansible totalmente cubierto por un período de 3 meses logrando buena respuesta sintomática y el otro con Píloromiotomía Endoscópica. Los 2 pacientes con fuga de anastomosis fueron manejados mediante colocación de Stent Metálico Autoexpansible parcialmente cubierto logrando la resolución de la fístula. En uno de ellos se acce-

dió endoscópicamente al tórax de donde se drenó colección torácica y se realizó decorticación pulmonar. El paciente con estenosis funcional de tubo gástrico fue manejado mediante colocación de Stent Metálico Autoexpansible totalmente cubierto. **Resultados:** Todos los pacientes evolucionaron en forma satisfactoria. Los 2 pacientes con necrosis del tubo gástrico después de retirar el Stent han presentado estenosis ameritando varias sesiones de dilatación endoscópica. Los 2 pacientes con estenosis funcional de antro-píloro los síntomas de obstrucción desaparecieron al retirar el Stent en el primer paciente e inmediatamente después de la Miotomía en el segundo paciente. El paciente con la estenosis funcional del tubo gástrico presentó alivio completo de los síntomas en forma permanente después de retirar el Stent. En los pacientes con fugas de anastomosis y estenosis de anastomosis evolucionaron en forma muy satisfactoria. No hubo complicaciones inherentes a los procedimientos endoscópicos en ningún caso. **Conclusión:** Algunas complicaciones post-quirúrgicas severas secundarias a esofagectomía con ascenso gástrico son susceptibles de manejo endoscópico.

#### 14. GASTROTOMIA TRANSMURAL ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON CAVIDADES PERIGÁSTRICAS SELLADAS DESPUES DE RESPUESTA INCOMPLETA A STENT POR FUGAS GÁSTRICAS

A Baptista\*, A Salinas\*, MA Guzmán\*, MD Ramírez\*

Hospital clínico Caracas\*

##### Resumen

**Introducción:** Los Stent Metálicos Autoexpansibles son una alternativa eficiente de manejo de fístula secundaria a gastrectomía vertical en manga. Sin embargo alrededor del 22% de los pacientes puede presentar fístulas refractarias a tratamiento de Stent o cavidades peri-gástricas que aunque no comunican con la piel abdominal persisten después del retiro del Stent. **Pacientes y Métodos:** Se presenta una serie de 20 pacientes con cavidades peri-gástricas diagnosticadas por endoscopia y radiología después del retiro del Stent. En estos casos basados en técnica descrita previamente en la literatura se realizó incisión transmural de la pared del estómago para comunicar estas cavidades selladas por el peritoneo hacia la luz gástrica con los objetivos de evitar la repetición de colecciones y/o reparaciones de fístulas a piel. Los procedimientos fueron realizados con Bisturí endoscópico tipo TT-KNIFE o HYBRIDE- KNIFE utilizando corriente de coagulación forzada. En cinco casos ocurrió sangrado que fue controlado con pinza de Electro- coagulación. En todos los casos hubo resolución completa entre cuatro y seis semanas logrando la incorporación de la cavidad hacia la luz gástrica y reepitalización del área. Todos los pacientes presentaron dolor inmediatamente después de la intervención que fue manejado con antiinflamatorios no esteroideos.

Todos los pacientes recibieron altas dosis de inhibidores de bombas de protones durante seis semanas después del procedimiento. **Conclusión:** En paciente con fugas posteriores a gastrectomía vertical en manga y que presentan cavidades peri-gástricas no resueltas después del retiro de Stent Metá-

lico Autoexpansible la gastrotomía transmural endoscópica está indicada para prevenir formación de nuevos abscesos o reapertura de fístulas gastrocutáneas.

## TRABAJOS LIBRES

### MODALIDAD POSTER CON DISCUSIÓN

#### 1. COLITIS ULCEROSA COMPLICADA CON FÍSTULAS PERIANALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carvajal Carlos\*, Louis Cesar\*\*, Arellano Rosana\*, Álvarez Carlos\*. Hospital Universitario de Caracas, julio 2015\*/ Centro Médico Docente La Trinidad\*\*

##### Resumen

La colitis ulcerosa (CU) representa un grupo de afecciones intestinales inflamatorias crónicas idiopáticas, junto a enfermedad de Crohn (EC) y colitis indeterminada. La incidencia es de 3-15 casos/10000 habitantes, presentándose a cualquier edad, con pico de incidencia entre los 15 y 30 años, sin especificidad de género. El diagnóstico de CU se basa en la correlación entre la sintomatología, los hallazgos endoscópicos e histológicos. La incidencia de fístulas perianales en CU es de 5% en contraste con 54% en EC; por lo que se reporta caso de paciente masculino de 35 años, quien se realizó colonoscopia el 27/03/14 concluyendo: Enfermedad inflamatoria intestinal (EII): colitis izquierda. Biopsia de colon descendente: Criptitis, colitis crónica reagudizada, exulcerada; en tratamiento regular con Azatioprina 50 mg VO OD quien presenta el 02/06/15, tenesmo rectal, proctalgia y pérdida de peso de 10 kg en un mes. Se realizó colonoscopia concluyendo EII: Colitis ulcerosa complicado con fístulas en recto bajo. Se trae el caso por la infrecuencia de fístulas perianales como complicación en CU, con una alta frecuencia en enfermedad Crohn por su afectación tras mural a diferencia de la CU.

#### 2. USO DE N-BUTIL-2-CIANOACRILATO: UN RETO EN EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES GÁSTRICAS

Nestor Mora, Sofía Carrillo, María Marín, Evelin Spitale, Zhandra Vergara, Katherine Romero, María Fasero, Darwins Pineda. Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición/ Hospital Dr. Pedro Emilio Carrillo, Valera Edo. Trujillo, Venezuela

##### Resumen

**Introducción:** La hemorragia digestiva superior por varices gástricas, es una causa de alta mortalidad. La recomendación actual es tratar las varices gástricas (IGV1 o GOV2, de la clasificación de Sarín) con N-butil-2-cianoacrilato, para el sangrado agudo y prevención secundaria, este se utiliza en dilución con lipiodol, sin embargo se describe con soluciones con función esclerosante (polidocanol, dextrosa al 50%).

**Objetivos:** Evaluar la eficacia del N-butil-2-cianoacrilato con solución hipertónica (dextrosa al 50%) en el tratamiento de las varices esofagogástricas. **Pacientes y Métodos:** se realizó terapia endoscópica con N-butil-2-cianoacrilato en 3 pacientes con varices esofagogástricas, aplicado intravaricealmente,

previa inyección de dextrosa al 50% hasta obtener la obturación de las varices. El éxito se evaluó según la hemostasia, recurrencia de sangrado y obturación. **Resultados:** de los pacientes incluidos, 1 presentaba estigmas de sangrado reciente y 2 por profilaxis secundaria. Las varices tratadas fueron GOV1 y GOV2. El 1er paciente, presentó complicación de sangrado post-inyección resuelta de inmediato, además recurrencia de sangrado, ameritando segunda terapia con cianoacrilato. Se logró obturación en el total de pacientes.

**Conclusión:** El uso de cianoacrilato demuestra ser eficaz en el tratamiento de varices gástricas, presentando menores complicaciones en comparación con otras técnicas.

### 3. DETECCIÓN DE NEOPLASIAS COLÓNICAS MEDIANTE HIDROCOLONOSCOPIA EN PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO

Hernández Liscano M E\*, Bandres Bustamante DJ, Carvajal Colmenares AE, Garassini Chavez ME. Servicio de Gastroenterología\*/Centro Médico Docente La Trinidad\*\*

#### Resumen

**Introducción:** En Venezuela para el año 2005 se registraron 1170 muertes por cáncer de colon, recto y ano. En 1969 se hicieron las primeras colonoscopias, siendo la técnica diagnóstica más difícil de la endoscopia digestiva. A partir de 1984 se describe el uso de instilación de agua en el colon como un método para facilitar el paso del colonoscopio. Actualmente sigue abierto el debate sobre la utilidad de la rectosigmoidoscopia para detectar cáncer rectocolico, considerando que en próximos años puede cambiar por completo ya que muchos países emplean la colonoscopia total como método de pesquisa poblacional. **Pacientes y Métodos:** Estudio experimental tipo ensayo clínico, prospectivo, longitudinal y descriptivo con 40 pacientes a los cuales se les realizó hidrocolonoscopia y se indagó sobre el nivel de tolerancia y la intención de repetir el estudio. **Resultados:** 57% pacientes masculinos 43% femeninos, 44% de las lesiones se encontraron distales al ángulo esplénico. 7% no toleró el procedimiento 93% repetiría hidrocolonoscopia. **Conclusiones:** La realización del presente estudio permitió a los pacientes la posibilidad de explorar su colon de manera completa de forma efectiva, a menor costo y con altísima tolerancia, demostrando que puede ser realizada de manera rutinaria como método de pesquisa de cáncer colorectal.

### 4. GASTRODUODENITIS EOSINOFILICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Yanett L. Flores T\*, Pierina Petrossino\*\*, Sirlene Ramírez\*\*\*, Orianny Rojas\*\*\*\*, Silvia Rojas\*\*\*\*, Alejandro De Faria\* Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida, Edo. Mérida\*/Adjunto Unidad de Gastroenterología IAHULA\*\*/Anatomopatólogo Biopsias Mérida, Adjunto unidad de Gastroenterología IVSS\*\*\*/Residente Postgrado Gastroenterología IAHULA\*\*\*

#### Resumen

**Introducción:** La gastroenteritis eosinofílica, se refiere a la

eosinofilia en cualquiera de las capas de la pared del tracto gastrointestinal, es una patología rara, con incidencia no reportada, y de patogenia desconocida, asociada a antecedentes de atopias y alergias alimentarias. Se requiere para su diagnóstico la evidencia histológica de eosinofilia, la ausencia de ésta en órganos extraintestinales y sin presencia de infección parasitaria. **Caso Clínico:** Se reporta el caso de una paciente femenina de 39 años de edad, con clínica de 4 meses que inició posterior a intoxicación alimentaria y caracterizada por dolor abdominal difuso con predominio de epigástrico, opresivo, de fuerte intensidad, que mejoraba con uso de antiespasmódicos y se intensificaba con la ingestión de alimentos, acompañado de náuseas y vómitos. Se planteó el diagnóstico por imágenes de litiasis vesicular, siendo sometida a colecistectomía laparoscópica. Por persistencia de la sintomatología se realizó endoscopia digestiva superior con hallazgos sugestivos de: gastroduodenitis parasitaria y la biopsia reportó: gastroduodenitis crónica severa eosinofílica. Se indicó tratamiento a base de prednisona, obteniendo resolución completa del cuadro clínico.

### 5. MUCORMICOSIS COLÓNICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Arellano, L Aldana, C Louis, F Saccá, C Carvajal. Hospital Universitario de Caracas.

#### Resumen

La mucormicosis (MM) es una infección micótica, sistémica y oportunista, potencialmente mortal en individuos con inmunodeficiencias. Se han descrito 5 presentaciones clínicas de la infección, siendo la forma gastrointestinal, la menos frecuente. Se reporta caso de paciente masculino de 67 años, quien acude por presentar fiebre, dolor abdominal, proctalgia, heces acintadas y hemorragia postevacuatoria. Niega antecedentes patológicos o enfermedad de base; examen físico: abdomen con tumoración indurada en flanco fosa iliaca izquierda y mesogastrio; al tacto rectal impresiona estenosis en recto bajo, por lo que se realiza estudio endoscópico inferior con gastroscopio evidenciando tumor estenosante de rectosigmoides y enfermedad diverticular. Posteriormente presenta cuadro de obstrucción intestinal; por lo que realizan laparotomía exploradora evidenciando tumor de sigmoides y recto que ocupa pelvis menor e invade vejiga urinaria, uréter, vasos ilíacos y gonadales izquierdos, con gran conglomerado de ganglios linfáticos en mesosigmoides y recto, por lo que deciden confeccionar colostomía en asa. Se realiza nueva colonoscopia. La biopsias concluyen Zygomycetos compatibles con mucormicosis. Recibe tratamiento con anfotericina B y posaconazol durante tres meses sin mejoría. La incidencia de mucormicosis en paciente inmunocompetente es infrecuente, su presentación clínica es inespecífica siendo el diagnóstico histopatológico.

### 6. PAPEL DEL ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO (USE) EN EL DIAGNÓSTICO DE ANEURISMA DE LA ARTERIA ESPLÉNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Torres Q. María C, Wever Wallia, Bastidas T. Vanessa C

## Resumen

Los Aneurismas de la arteria esplénica son la tercera causa más común de aneurisma intraabdominal arterial.<sup>1</sup> Los aneurismas viscerales son relativamente infrecuentes, dentro de éstos los más habituales son los de la arteria esplénica que re-presentan alrededor del 60%. Se trata de paciente femenina de 74 años de edad, natural y procedente de Barquisimeto, con dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo de moderada intensidad, frecuencia de 1 vez al día y duración de una hora, se asocia pérdida de peso de 10 Kgr en 3 meses, anemia severa. Antecedentes personales: Hipotiroides e Hipertensa. Con ecosonograma abdominal con LOE. Gastroscofia con Ectopias gástricas y xantomias, gastritis crónica reagudizada, ulcera duodenal. Colonoscopia: normal, eco y TAC que reporta neoplasia de cola de páncreas, por lo que refieren para ultrasonido endoscópico para estadiaje y punción por aguja fina. **Resultados:** el hilio esplénico por encima del bazo se observa estructura vascular con poco flujo más una imagen ecogénica sólida, que impresiona formar varias capas (aspecto en cebolla) de 4 x 6 cm de diámetro aproximado de forma redondeada, de bordes bien definidos.

Concluyendo como Aneurisma de la arteria esplénica vs Trombosis. Angiotac con reconstrucción vascular reporta enfermedad ateromatosa y calcificación de la aorta, dilatación de la aorta fusiforme suprarrenal, dilatación de la aorta fusiforme infrarrenal, dilataciones aneurismáticas de la arteria esplénica, donde una de ellas muestra extravasación, el equipo de cirugía cardiovascular decidió la realización de laparotomía exploradora transversal y esplenectomía. Actualmente paciente en condiciones generales estables y asintomáticas. **Discusión:** Los Aneurismas de la arteria esplénica son la tercera causa más común de aneurisma intraabdominal arterial y la arteria visceral aneurismática más común.<sup>2</sup> La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos y se diagnostica incidentalmente en imágenes abdominales. **Conclusión:** El USE es un método de imagen bastante útil en el diagnóstico de aneurismas de la arteria esplénica.

## 7. CARCINOMA HEPATOCELULAR: VARIEDAD FIBROLAMELAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alvarez Carlos, dos Reis Vanessa

### Resumen

La variedad fibrolamelar del carcinoma hepatocelular es poco frecuente en la población general, ya que representa menos de 1% de todos los casos de carcinoma hepatocelular. Se presenta fundamentalmente en adolescentes y adultos jóvenes como una masa tumoral hepática única, frecuentemente de gran tamaño, no asociada a cirrosis y rodeada de una cápsula fibrosa. Su diseminación es preferentemente a través de metástasis linfáticas regionales. La conducta es preferiblemente quirúrgica si no hay invasión vascular y de acuerdo a las condiciones del paciente.

Se trata de paciente masculino de 17 años de edad quien ingresa por presentar aumento de volumen y dolor en hipocondrio derecho con masa palpable dolorosa; se realizan estudios complementarios (Ultrasonido abdominal y tomografía

trifásica) con hallazgo de LOE en segmentos II y III así como AngioTAC sin evidencia de invasión vascular; se toma biopsia percutánea guiada por ultrasonido abdominal cuyo reporte histológico es: Carcinoma hepatocelular variedad fibrolamelar. Se clasifica como un estadio C según Clasificación de Barcelona y se plantea quimioembolización selectiva para disminuir masa tumoral y planificar resección quirúrgica, la cual se realiza de forma efectiva en 3 oportunidades con mejoría clínica en cuanto al dolor y tamaño de la lesión. En nuestro país sólo se han comunicado casos aislados

## 8. TRATAMIENTO DE LA LITIASIS INTRAHEPÁTICA

Landaeta Jorge\*, Roizental Moisés\*, Pérez Guillermo\*, Dias Carla\*\*, Paternina Ricardo\*, Caraballo Diego, Ornella Tempestini\*

Policlínica Metropolitana\*/Clínica Santiago de León\*\*

### Resumen

El tratamiento de la litiasis intrahepática (LIH) es de difícil manejo e incluye manejo de abordaje endoscópico, percutáneo o quirúrgico. El objetivo del tratamiento es la eliminación completa de los cálculos. **Objetivo:** Evaluar tasa de éxito terapéutico y complicaciones de cada uno de los procedimientos para el tratamiento de la LIH. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo (enero 2010 - 2015), se incluyeron 24 pacientes con LIH por CPRE previa y/o colangiografía. De estos, 10 pacientes (8 mujeres, 2 hombres), edad media 48,5 años (29-60) fueron sometidos coledoscopia monoperador Spyglass (Boston Scientific) - Láser Holmium. 6 pacientes con biliodigestiva (8 procedimientos), (4 mujeres, 2 hombres), edad media 52,33 años (47-62): abordaje percutáneo previa dilatación hasta catéter 14 French con radiólogo intervencionista bajo fluoroscopia con coledoscopia directa - Láser y 8 pacientes con biliodigestiva (21 procedimientos), (6 mujeres, 2 hombres), edad media 54,75 años (47-60) a través de asa desfuncionalizada con endoscopio Olympus 180. **Resultados:** En 10 pacientes se realizó spyglass abordaje oral, 100% se le realizó esfinterotomía, (3 LIH izquierda, 6 LIH derecha, 1 litiasis oriental): 7 (70%) spyglass - láser exitoso, (2) evidencia estenosis, realizando dilatación neumática y extracción de cálculos con cesta. 1 (10%) fracaso, paciente transplantada por imposibilidad acceso hepático derecho. **Vía percutánea - Láser (6)** con extracción fragmentos con cesta. En 3 pacientes se realizó un segundo intento por presencia de fragmentos de cálculos, siendo exitoso. **Asa desfuncionalizada (8):** extracción de cálculos (100%) y 2 colocación de prótesis previa. En 2 pacientes se realizó procedimiento 2 veces y en 6 (3 veces). Complicaciones ni mortalidad fueron reportadas. **Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que las alternativas endoscópicas por cualquiera de las 3 vías de abordajes parecen ser técnicas eficaces y seguras en el tratamiento de la LIH.

## 9. SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA DILATACIÓN ENDOSCÓPICA PARA ESTENOSIS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN. EXPERIENCIA EN VENEZUELA EN UN CENTRO PRIVADO DE TERCER NIVEL

Landaeta Jorge\*, Dias Carla\*\*, Armas Virginia\*\*\*, Paterni-

na Ricardo\*, Caraballo Diego\*, Tempestini Ornella\*  
Policlínica Metropolitana\*/Clínica Santiago de León\*\*/Gas-  
troExpress\*\*\*

### Resumen

La enfermedad de Crohn (EC) se caracteriza por cambios inflamatorios agudos de la pared intestinal, estenosis y/o fístulas. Las estenosis son principalmente tratadas quirúrgicamente con frecuente recurrencia. Literatura sobre dilatación endoscópica de las estenosis en EC es limitada. **Objetivo:** Evaluar la seguridad y eficacia de la dilatación endoscópica para estenosis en EC. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo (octubre 2009 - 2014). 26 pacientes (19 mujeres, 7 hombres), edad media 51,34 años (18-70) con EC. Estenosis primaria 24 pacientes (92,30%): yeyuno 4, yeyunoileal 7, íleon 8, ileovalvular 3, ileovalvulocecal 2. Estenosis anastomóticas 2 pacientes. Síntomas: alteración hábito intestinal (2), dolor abdominal (15), diarrea (3), pérdida peso (2), distensión abdominal (1), obstrucción intestinal parcial (18), anemia (5). Dilatación endoscópica fue realizada por colonoscopia (5), enteroscopia un solo balón retrógrada (19), enteroscopia doble balón retrógrada (2) bajo sedación monitoreada por anestesiólogo e insuflación bomba CO<sub>2</sub> UCR. Balón dilatación Boston Scientific® fue usado. Cada sesión consistió dilataciones progresivas del balón (de 10 hasta 18 mm). **Resultados:** Éxito primario 24 pacientes (92,30%). Dilatación fracasó en 2 casos (7,7%), los cuales se derivaron a cirugía (1 caso, se confirmó Crohn-linfoma). No hubo complicaciones. La media de seguimiento 89,5 (3-170) meses. Recurrencia en 7 pacientes (26,92%) ameritando redilatación a los 50 meses (30-100) permaneciendo asintomáticos y libres de cirugía. **Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que la dilatación es una buena opción para el tratamiento endoscópico de las estenosis en EC. Es una técnica factible y segura. Evita cirugía. Rata de complicaciones es aceptable.

### 10. DISECCIÓN SUBMUCOSAL ENDOSCÓPICA PARA LESIONES COLORECTALES CON FIBROSIS. ES POSIBLE?

Landaeta Jorge\*, Dias Carla\*\*, Paternina Ricardo\*, Armas Virginia\*\*\*, Caraballo Diego\*, Tempestini Ornelas\*  
Policlínica Metropolitana\*/Clínica Santiago de León\*\*/Gas-  
troExpress\*\*\*

### Resumen

Disección submucosal endoscópica (DSE) es una técnica endoscópicamente laboriosa. La fibrosis submucosal (FSM) la hace aún más compleja. La literatura es limitada. **Objetivo:** Evaluar eficacia y seguridad de la DSE en lesiones colorectales (LCR) con FSM. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo (diciembre 2010 - octubre 2014). De 51 pacientes con lesiones del tracto gastrointestinal para DSE, se incluyeron 16 con LCR (9 mujeres), edad media 63,13 años (48-81). De estos 13 habían sido referidos a cirugía, (3) para probable terapéutica endoscópica, (8) tenían biopsia previa, (7) resección mucosal endoscópica (RME) parcial y (1) recurrencia post RME. Las lesiones fueron evaluadas con NBI, ultrasonido endoscópico previo (4). Se utilizó bomba CO<sub>2</sub> Olympus UCR y sedación

con propofol por anestesiología. (13) fueron realizados en quirófano, suite endoscópica (3). DSE fue realizada: ITKnife (5), Hybrid Knife (11). FSM fue determinada: ausencia signo lifting, submucosa amarillenta y reacción desmoplástica. FSM fue manejada técnicamente: uso de cap, cambio posicional del paciente utilizando la gravedad como asistencia para mejorarla exposición submucosa e inyección adecuada. **Resultados:** 16 pacientes (16 DSE). Localización lesión: ángulo esplénico (1), rectosigmoides (3), colon descendente (1), recto (11). Durante DSE 7 tuvieron lifting parcial, total (9). DSE técnicamente posible 100% casos. Resección en bloque y márgenes libres de lesión en todos pacientes. La media del diámetro mucosa disecada 40,8 - 36,9 mm (20x20-70x60). Tiempo endoscópico: 155,31 min (100-230). Histología post DSE: ADC intramucoso (4), Velloso-DAG (7), Velloso-DAG-ADC (1), Adenoma tubular plano-DAG (1), Adenoma tubular plano DAG-ADC (3). Microperforación (2), resolviéndose endoscópicamente, dolor (1). Mortalidad no fue reportada. Estancia hospitalaria media 48 (24-96) hrs. Seguimiento 48 meses, controles cada 3 meses, sin recurrencia. **Conclusión:** Nuestros resultados preliminares sugieren que las LCR pre-malignas o malignas con FSM pueden ser resecadas por DSE de forma segura y con márgenes libres de lesión, evitando la cirugía.

### 11. ENCEFALOPATÍA MÍNIMA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

M Manzanilla, G Veitía. Hospital Vargas, Caracas

### Resumen

La encefalopatía hepática mínima (EHM) afecta aproximadamente 20-60% de pacientes cirróticos, conlleva un impacto en la calidad de vida tanto social como laboral, carece de síntomas clínicos, siendo difícil su reconocimiento, ya que estos pacientes no consideran que estén enfermos, negando trastornos del sueño, concentración o reducción en sus actividades. El diagnóstico se realiza mediante pruebas psicométricas (PHES) y neurofisiológicas. **Objetivo:** Evaluar la frecuencia de EHM y el valor para su diagnóstico de las PHES y electroencefalograma en pacientes cirróticos que acuden a la consulta de hígado del servicio de gastroenterología hospital Vargas de Caracas. **Métodos:** estudio prospectivo, transversal, descriptivo, se realizaron PHES y electroencefalograma a 42 pacientes con cirrosis hepática. **Resultados:** 81% sexo masculino, 19% femenino; edad promedio 57 ± 8 años. Se diagnosticó EHM en 28 pacientes, 26 (61,9%) en PHES, dos (4,76%) en electroencefalograma. La concordancia entre electroencefalograma y PHES resultó pobre (k= 0,120; p= 0,472), sólo 7 pacientes (16,6%), coincidieron con ambas pruebas anormales. **Conclusión:** La prevalencia de EHM fue de 66,6% considerando la anormalidad de las pruebas. Las PHES son un método diagnóstico de primera línea en EHM y debe realizarse de rutina en todo paciente con cirrosis hepática para así evitar complicaciones.

### 12. ENFERMEDAD HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA: EPIDEMIOLOGÍA Y PATRÓN DE REFERENCIA EN UNA

## CONSULTA DE HÍGADO EN SURAMÉRICA

Indira Calzadilla\*, Yurali Molina\*\*, Lucy Dagher Abou\*\*\*  
Gastroenteróloga - Hepatóloga Policlínica Metropolitana-  
Clínica Nueva Caracas\*/Fellow Hepatología del Postgrado  
de la Universidad del Zulia\*\*/Hepatólogo Policlínica  
Metropolitana- Centro Médico Docente La Trinidad\*\*\*

### Resumen

**Introducción:** Enfermedad Hepática no Alcohólica es la afección hepática crónica más común en adultos y la Esteatohepatitis no alcohólica la principal causa de cirrosis y está asociada con el aumento en la incidencia de Carcinoma hepatocelular. Es considerada una enfermedad benigna por no hepatólogos y con frecuencia no son referidos para evaluación. A continuación describiremos las tendencias y patrones de referencia en una población hispana. **Pacientes y Métodos:** Estudio retrospectivo, se revisaron 181 historias clínicas y se obtuvo información demográfica, diagnóstico y tratamiento. **Resultados:** El 53% de los pacientes son masculinos, la edad media fue 51 años (21-77 años). Una gran proporción de los pacientes diagnosticados con Enfermedad hepática no alcohólica tienen parámetros de Síndrome metabólico, como reporta la literatura: Hipertensión arterial 38%, Diabetes Mellitus tipo 2 13,2%, Resistencia a la insulina 57%, Hipercolesterolemia 63%. El 10% de los pacientes tenían peso corporal normal, un 23% sobrepeso y 67% obesidad. El 14% tenía hipotiroidismo. El 17% de los pacientes presentaba cirrosis y un 5% Carcinoma hepatocelular. Sólo el 30% de los casos fueron referidos por médicos y el 70% acudió por iniciativa del paciente. **Conclusión:** Los pacientes son referidos tardíamente al especialista. Hay poca conciencia del riesgo de desarrollar cirrosis por Enfermedad hepática no alcohólica y los pacientes con carcinoma hepatocelular y Esteato hepatitis no alcohólica no son remitidos a tiempo para su seguimiento y evaluación. La alteración de las pruebas hepáticas y el diagnóstico de hígado graso en un estudio de imagen fueron los principales motivos para el paciente acudir por su iniciativa a la consulta. La cirrosis y el carcinoma hepatocelular fueron la indicación más frecuente para la derivación por otros médicos al especialista en hígado.

## 13. FISTULAS VASCULOENTERICAS: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS Y REVISION DE LA LITERATURA

Tempestini Ornella\*, Caraballo Diego\*, García Guillermo\*, YasawaSeijiro\*, Armas Virginia\*\*, Dias Carla\*\*\*, Landaeta Jorge\*. Policlínica Metropolitana\*/Gastroexpress Caracas\*\*/Clínica Santiago de León\*\*\*

### Resumen

Las fistulas vasculoentéricas representan un reto para el gastroenterólogo, ya que en la mayoría de los casos los pacientes suelen permanecer asintomáticos durante largos periodos, para finalmente presentar una sintomatología insidiosa, tórpida, cuyo mayor signo usualmente corresponde al sangrado gastrointestinal, frecuentemente superior expresado en hematemesis intermitente (sangrado de heraldo) así como el debut de hemorragias masivas. Debido a su baja incidencia dentro

de las causas de sangrado digestivo superior, el diagnóstico suele ser tardío, y el paciente se puede ver sometido a la realización de múltiples estudios para objetivar su diagnóstico. En nuestro reporte, se presentan tres casos de pacientes con sangrado digestivo masivo que acudieron durante el periodo de octubre 2014 a abril 2015. Caso #1. Femenino 93 años: fistula aortoenterica. Caso #2. Masculino 53 años: MAV de páncreas fistulizante a segunda porción duodenal. Caso #3. Femenino 64 años: pseudoaneurisma de la arteria hepática derecha con la segunda porción duodenal, como complicación de colecistectomía laparoscópica. **Discusión:** Las fistulas enterovasculares, constituyen una causa poco frecuente dentro de las causas de sangrado digestivo alto. Usualmente tienen una clínica de sangrado macroscópico evidente con un desenlace fatal. En lo que respecta a las malformaciones arteriovenosas pancreáticas son raras, con menos de 100 casos reportados, se incluye a las neoplasias, inflamación, traumatismo y complicaciones de trasplante de páncreas como las causas mayormente asociadas a este trastorno, comúnmente la alteración vascular tiende a fistulizar con conducto pancreático y/o biliar, así mismo con la pared del intestino, más frecuentemente como una úlcera duodenal asociada. Con respecto al pseudoaneurisma de la arteria hepática derecha, constituye una de las causas más raras de sangrado digestivo superior, los mecanismos que han sido postulados para explicar el desarrollo de este problema ha sido como un absceso hepático concomitante son: bilis causando lesión de la pared arterial, la lisis de la endarteritis coágulo y la infección inducida. Dada la severidad de los síntomas, y lo abruptos con lo que se suelen presentar las situaciones, este tipo de problema demanda una rápida y eficiente atención del médico a fin de facilitar el diagnóstico, el empleo de métodos endoscópicos siempre apoyados en una base radiológica, junto con la pronta participación de servicios de radiología intervencionista así como de cirugía general, son factores determinantes en la evolución clínica favorable del paciente.

## 14. FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR HEPATITIS C EN PAÍSES EN DESARROLLO

Indira Calzadilla\*, Yurali Molina\*\*, Lucy Dagher Abou\*\*\*, Miguel Garassini Chavez\*\*\*\*, Julio Castro-Mendez\*\*\*\*\*  
Gastroenterólogo - Hepatólogo Policlínica Metropolitana - Clínica Nueva Caracas\*/Fellow Hepatología del Postgrado de la Universidad del Zulia\*\*/Hepatólogo Policlínica Metropolitana-Centro Médico Docente La Trinidad\*\*\* /Gastroenterólogo-Hepatólogo, Centro Médico Docente La Trinidad\*\*\*\*/Infectólogo, Policlínica Metropolitana, Caracas, Venezuela\*\*\*\*\*

### Resumen

**Introducción:** El impacto preciso del Virus de Hepatitis C en Venezuela es difícil de cuantificar debido a datos estadísticos inexactos y subregistro. Las estimaciones deben ser derivadas de las encuestas serológicas u otras investigaciones epidemiológicas, decidimos enfocar nuestra investigación en la comprensión, ¿cuáles son los factores de riesgo para adquirir la infección por hepatitis C en Venezuela?, y para responder dónde están los focos de enfermedades que podrían

ser objeto de detección, atención y tratamiento. **Métodos y pacientes:** Realizamos un estudio retrospectivo caso-control, aprobado por el comité de ética local. Se incluyeron 357 pacientes con Hepatitis C Crónica (n=183) y Enfermedad hepática no alcohólica (EHNA) (n=174), entre julio 2008 y julio 2014. Todos los pacientes con hepatitis C tenían anticuerpos contra el VHC y ARN -VHC detectable en suero. El genotipo de VHC fue realizado a todos los pacientes. Fueron excluidas las condiciones siguientes: HBsAg (para HCC), anti-VHC positivo (para EHNA), infección por virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis autoinmune, hemocromatosis, deficiencia de alfa 1 antitripsina y enfermedad de Wilson. **Resultados:** En este estudio casos y controles, los pacientes con Hepatitis C fueron diagnosticados en edad avanzada (edad media 57 años vs 51 años EHNA), también demostramos que los pacientes con hepatitis C crónica tenían, estadísticamente significativo, un índice de Charlson mayor (p: 0,0001). El antecedente de cirugía mayor o menor, número de cirugías, tipo de cirugía, no fueron significativos para la adquisición de la infección de hepatitis C. El nuevo hallazgo: paciente politraumatizados que ingresaron por emergencia tienen cuatro veces más riesgo de tener hepatitis C que los controles, y las transfusiones sanguíneas antes de 1992 (tienen 33% de mayor probabilidad que después de 1992 y 28% los pacientes que fueron transfundidos después de 1992). La mitad de los pacientes con hepatitis C tenían edades entre 50-60 años de edad. **Conclusiones:** No todos los países tienen los mismos factores de riesgo para la adquisición de la infección por Virus de Hepatitis C, los politraumatismos y transfusiones sanguíneas son los más comunes en Venezuela. La mayoría de los países son diagnosticados entre la quinta y sexta década, lo que representa un diagnóstico tardío y en estadios avanzados de la enfermedad. Los esfuerzos en educar son importantes para identificar más tempranamente los pacientes y brindarel mejor tratamiento disponible para erradicar la enfermedad y las fuentes potenciales de nuevas infecciones.

## 15. GASTROSTOMIA PERCUTÁNEA CON GASTROPEXIA ASISTIDA POR ENDOSCOPIA

Alberto Baptista, María Alexandra Guzmán Hospital clínico Caracas

### Resumen

**Introducción:** La siembra tumoral en piel abdominal es una complicación infrecuente descrita en la literatura después de Gastrostomía Endoscópica Percutánea en pacientes con carcinoma orofaríngeo o epidermoide de esófago. En estos casos con frecuencia se recomienda realizar Gastrostomía Quirúrgica o Gastrostomía Endoscópica - Percutánea de empuje. **Materiales y Métodos:** Se presenta la experiencia en 5 pacientes. Se describe la técnica de Gastrostomía Percutánea de empuje con Gastropexia percutánea bajo vigilancia endoscópica con endoscopio de 5.8 mm. Bajo visión endoscópica se introduce 2 agujas Gauge 14. Por uno de estos dispositivos se avanza hilo de sutura y por el otro asa de polipectomía 5 Fr. Se enlaza la sutura con el asa de polipectomía y se exteriorizan los 2 extremos de la sutura. El procedimiento se repite en

un segundo punto lateral al primero. Después de realizada la Gastropexia se realiza incisión con bisturí en piel abdominal entre los 2 puntos de pexia, se avanza guía hidrofílica y sobre ésta balones de dilatación hasta 12 mm progresivamente. Luego se introduce Gastrostomo de reemplazo con dispositivo adaptado con punta dilatadora en el extremo interno del Gastrostomo de reemplazo. Se vigila bajo visión endoscópica permanente la inserción del Gastrostomo de reemplazo al que luego se le insufla el balón y se fija a la piel. A las 72 horas se liberan los hilos de sutura que formaban la Gastropexia. **Resultados:** No hubo complicaciones en ninguno de los casos. El tiempo promedio del procedimiento fue de 40 minutos. No hubo evidencia de infección en ninguno de los pacientes. La Gastrostomía se comenzó a utilizar a las 12 horas después del procedimiento. En 4 de los 5 pacientes que ya culminaron el tratamiento oncológico los Gastrostomos fueron retirados sin complicaciones. **Conclusión:** La Gastrostomía Percutánea de empuje con Gastropexia asistida por Endoscopia es factible, segura y es una opción en caso de pacientes con tumores orofaríngeos y carcinoma epidermoide de esófago en lo que existe riesgo de siembra tumoral en pared abdominal.

## 16. PILOROMIOTOMIA ENDOSCÓPICA POR TUNEL SUB-MUCOSO

Alberto Baptista, María Alexandra Guzmán, M. Dávila, H. Rass, C. Bravo, J. Rodríguez R. Hospital Clínico Caracas

### Resumen

**Introducción:** La Píloromiotomía Quirúrgica es un procedimiento indicado con frecuencia en algunos trastornos de vaciamiento gástrico, especialmente por lesión de los nervios vagos. Recientemente se describió la realización de Miotomía Endoscópica por túnel sub-mucoso basada en el desarrollo de Miotomía Endoscópica para Acalasia. **Pacientes y Métodos:** Se presentan 4 casos de Píloromiotomía Endoscópica. Se incluyeron 3 pacientes con probable lesión de nervio vago después de reintervenciones de Cirugía de Nissen Laparoscópica y 1 paciente con ascenso gástrico por ADC de esófago a quien no se le había realizado Píloroplastia Quirúrgica y presenta retardo del vaciamiento del tubo gástrico. En 2 pacientes se realizó disección de túnel sub-mucoso en cara anterior de antro gástrico y en 2 pacientes en cara posterior, a 5 cm proximales al píloro. Se realizó Disección Roma con pinza de biopsia Jumbo y bisturí endoscópico. Una vez expuesto el músculo del píloro se realizó sección radial del mismo hasta cortar todas las fibras circulares. Luego se cerró el defecto con clips metálicos endoscópicos. No hubo complicaciones inmediatas inherentes al procedimiento. La evolución fue satisfactoria con desaparición de los síntomas de retardo de vaciamiento gástrico. En las endoscopias control se observó ausencia de restos de alimentos en estómago visto en endoscopias previas a la Miotomía. Se realizó en todos los pacientes control con contraste oral hidrosoluble observando resolución en el retardo del vaciamiento gástrico. Actualmente los 4 pacientes permanecen asintomáticos. **Conclusión:** La Píloromiotomía Endoscópica por túnel sub-mucoso en caso seleccionado parece ser un procedimiento eficiente y seguro.

## 17. UTILIDAD CLÍNICA DE LA MANOMETRIA ANORECTAL EN ADULTOS

José Dieguez, Cesar Louis, Daniel Briceño. Centro Médico Docente La Trinidad. Caracas

### Resumen

**Introducción:** La manometría anorectal es un estudio que permite evaluar la función anorectal. Proporciona información acerca de la función esfinteriana anal, mecanismos de continencia y defecación, sensación rectal, distensibilidad rectal, reflejos anorectales y facilita el manejo óptimo. **Objetivo:** Evaluar nuestra experiencia en adultos sometidos a manometría anorectal: indicaciones, sexo, edad, hallazgos manométricos, diagnósticos manométricos. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal a 206 pacientes adultos que acudieron al laboratorio de motilidad digestiva del Centro Médico Docente La Trinidad, para manometría anorectal desde junio 2005 a mayo 2012. **Resultados:** Predominaron: femeninos (78,11%), y rango etario 46-75 años (52,7%), la indicación más frecuente fue la incontinencia fecal (59,6%), seguida de estreñimiento (17,7%) y proctalgia (13,3%). El hallazgo más frecuente en la incontinencia fue el canal anal hipotensivo con asimetría axial y radial (femenino 50,2% y masculino 47,2%) y asociado a sensibilidad rectal alterada (femenino 46,6% y masculino 46,1%). En el estreñimiento fue trastorno de la sensibilidad rectal (femenino 66,8% y masculino 70,8%) y anismo (femenino 38,22% y masculino 44,18 %). En el caso de proctalgia el hallazgo fue canal anal hipertensivo (femenino 17% y masculino 21,1%). **Conclusión:** Muchos de los hallazgos manométricos son responsables de los síntomas y son susceptibles de ser tratados con rehabilitación anorectal.

## 18. DIFERENCIAS EN LOS COMPONENTES DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES WAYUU Y MESTIZOS DEL ESTADO ZULIA CON ENFERMEDAD GRASA HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA

Namias Naidy\*, Lizarzábal Maribel\*, Mengual Edgardo\*\*, Castro Leonardo\*\*\*

Postgrado de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo\*/Instituto de Investigaciones Biológicas de la Facultad de Medicina - Universidad del Zulia\*\*/Servicio de Eco-grafía del Hospital Universitario de Maracaibo\*\*\*

### Resumen

La enfermedad grasa hepática no alcohólica (EGHNA) es de alta prevalencia mundial, causante de enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática y cáncer de hígado. Sin embargo, las características fenotípicas de la EGHNA podría variar según el origen étnico. El objetivo del estudio fue determinar si existen diferencias en las características de la EGHNA y los componentes del síndrome metabólico en pacientes de distinto origen étnico del estado Zulia con EGHNA. Se realizó un estudio prospectivo en 58 pacientes adultos con EGHNA (30 indígenas Wayuu y 28 Mestizos) que acudieron al Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo; donde se les realizó previo consentimiento informado, medi-

ciones de circunferencia abdominal, presión arterial, glicemia, perfil lipídico, insulina, enzimas aminotransferasas y ecografía abdominal. Existen diferencias significativas en las frecuencia de los componentes del síndrome del metabólico entre indígenas Wayuu y mestizos con EGHNA, los Wayuu tienen mayor frecuencia de casos de hipertrigliceridemia (80% vs 64.2%) y HDL-c bajo (80% vs 67.9%), mientras que los mestizos mayor porcentaje de hipertensión arterial (30% vs 46%) e Hiperinsulinemia (35.7% vs 16.7%),  $p < 0,05$ . No se evidenciaron diferencias en el porcentaje de grasa hepática ni el grado de esteatohepatitis según el grupo étnico. Las variaciones en los componentes del síndrome metabólico podría influir en el establecimiento pautas para el manejo individualizado de pacientes con EGHNA según su origen étnico.

## 19. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CURSO CLÍNICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES DE UNA CONSULTA DE REFERENCIA DE LA CIUDAD DE MARACAIBO

Benito María Teresa\*, Álvarez Johan\*, Guillent Zahyra\*, Escalante Nancy\*\*, Ortiz Magda\*\*

Residentes del Postgrado de Hepatología Clínica LUZ\*/Fundación Zuliana de Hígado\*\*

### Resumen

La infección por el virus de la hepatitis B, constituye una de las principales causas de enfermedad hepática en el mundo. De presentación clínica variable que va desde la infección aguda, hasta la infección crónica, pudiendo progresar a cirrosis y carcinoma hepatocelular. El objetivo principal es describir las características epidemiológicas, serológicas y clínicas en pacientes con hepatitis B que acudieron a una consulta de referencia. **Material y Método:** Estudio observacional y retrospectivo de revisión de historias clínicas de pacientes con infección por hepatitis B, que acudieron a la consulta de la Fundación Zuliana del Hígado en Maracaibo entre los años 2007 al 2014. **Resultados:** se evaluaron 98 pacientes, cuya edad promedio fue de  $39,8 \pm 22,7$  años, la mayoría correspondió al sexo masculino (77,5%). El 81% eran hepatitis crónicas y la forma más frecuente fue el AgHBe positivo, fase inmunoreactiva en 42% de los casos y el factor de riesgo más frecuente fue la vía sexual en un 33,6%. Un 27,5% tenía cirrosis hepática y 2,5% tenían carcinoma hepatocelular. **Conclusiones:** la infección por el virus de hepatitis B continúa siendo frecuente, pese a la existencia de una vacuna. La enfermedad hepática avanzada es una forma frecuente de presentación inicial.

## 20. ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO Y PUNCIÓN CON AGUJA FINA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES QUISTICAS PANCREÁTICAS NO INFLAMATORIAS

José Ramón Poleo. Hospital de Clínicas Caracas

### Resumen

**Objetivos:** Se revisa en forma retrospectiva la experiencia personal del autor en una serie de casos de lesiones quísticas

pancreáticas no inflamatorias (LQPNI) y se hace énfasis en el papel del ultrasonido endoscópico (USE) y de la punción con aguja fina (PAF) guiada por USE en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones. Material y métodos: 35 pacientes con LQPNI fueron evaluados con USE y PAF, previo consentimiento informado. **Resultados:** se encontraron 8 Neoplasias Mucinosas Quísticas (entre ellas 2 borderline y 4 malignizadas) (NMQ), 1 Neoplasia Mucinosas Papilar Intraductal tipo con-ducto principal (NMPI-I), 5 Neoplasias Mucinosas Papilares Intraductales tipo conducto secundari (NMPI-II), 3 Cistoadenomas Seroso (CAS), 4 Tumores Neuroendocrinos (TNE), 1 Tumor Sólido Pseudopapilar (TSS), 6 Adenocarcinomas, uno ampular originado en la ampolla de Vater (ADC) y 7 Quistes

Simple no tipificados (QS). Un CAS estaba asociado con un TNE. 14 de ellas (40%) fueron hallazgos accidentales y 4 (11,42%) se presentaron clínicamente como pancreatitis agudas recurrentes (entre 2 y 4 episodios previos al diagnóstico). Se practicó PAF guiada por USE en 33 LQPNI, pero sólo en 31 se contó con información de su contenido para análisis. En 19 de ellas (54,28%) el resultado de la citología fue contributorio para el diagnóstico. La citología fue positiva en los 5 casos de ADC (no se practicó en el ADC ampular) 7 de estas lesiones fueron aspiradas por completo (4 tratadas además mediante ablación con etanol al 90%), y otras 9 fueron operadas (4 pancreatoduodenectomías y 5 pancreatectomías córporocaudales con esplenectomía). En 2 de los casos se practicó además Neurolisis del plexo celíaco guiada por USE para tratamiento sintomático de dolor. **Conclusión:** El USE combinado con la PAF es una técnica de mucha utilidad para el adecuado diagnóstico de las LQPNI y el manejo posterior de las mismas, y en algunos casos, tiene aplicaciones terapéuticas como la aspiración completa de los quistes, su ablación con etanol y la neurolisis del plexo celíaco.

## TRABAJO LIBRES

### MODALIDAD POSTER SIN DISCUSIÓN

#### 1. ASOCIACIÓN ENTRE ATRESIA DE VÍAS BILIARES Y MALROTACIÓN INTESTINAL

Vitale Enza\*, Dos Santos Ana María\*, Ordoñez Mónica\*, Villarroel Yulimel\*, Gallardo Kristal\*, Montaña Luis\*, López Carmen Esther \*\*

Residente Gastroenterología Pediátrica. Hospital JM de los Ríos\*/ Jefe del Servicio de Gastroenterología. Hospital JM de los Ríos\*\*

#### Resumen

**Introducción:** Atresia de Vías Biliares es una colangiopatía obstructiva consecuencia de proceso inflamatorio que conlleva a obliteración progresiva de las vías biliares, con etiología desconocida. Describiéndose dos presentaciones: adquirida y embrionaria. Los patrones de anomalías podrían proporcionar pistas etiopatogénicas. Ante el aumento en la asociación Atresia de Vías Biliares y Malrotación Intestinal aparece el propósito de conocer la frecuencia de presentación de Malrotación Intestinal en estos pacientes. **Pacientes y Métodos:**

Estudio retrospectivo, tipo descriptivo de 127 historias clínicas de niños con Atresia de Vías Biliares del Hospital JM de Los Ríos, junio 2005 - junio 2015, tomando en cuenta edad del diagnóstico de Atresia de Vías Biliares, edad de realización de portoenteroanastomosis, sexo, procedencia, diagnóstico de Malrotación Intestinal. **Resultados:** 11,8% de 127 pacientes con Atresia de Vías Biliares presentaron Malrotación Intestinal, 75,6% femeninos, diagnosticados a los 2 meses de edad en un 39,4%, con resolución quirúrgica a los 2 meses y medio (35,4%), procedentes del estado Bolívar (16,5%). **Conclusiones:** La Atresia de Vías Biliares se encuentra relacionada con Malrotación Intestinal en un porcentaje considerable, conociendo que la malrotación intestinal se puede presentar también en niños sanos, observándose aumento exponencial de los casos. Se debe realizar estudio estadístico para conocer si existe correlación entre malrotación intestinal y atresia postnatal.

#### 2. APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA EN PACIENTE CON ACALASIA Y VARICES ESOFÁGICAS

Álvarez Carlos, Salazar Mariani, Louis César. Centro Médico La Trinidad.

#### Resumen

La acalasia es un trastorno motor esofágico diagnosticado generalmente entre los 30 y 40 años de edad con una incidencia en la población general de 0,5 a 1 habitante por cada 100.000 habitantes.

El objetivo del tratamiento de la acalasia es corregir la obstrucción funcional del esfínter esofágico inferior, disminuyendo su presión y por tanto mejorando el vaciamiento esofágico así como los síntomas asociados. Entre las opciones terapéuticas destacan: Farmacoterapia, Dilatación endoscópica, Miotomía quirúrgica e Inyección de toxina botulínica; dichas opciones deben individualizarse en cada paciente tomando en consideración factores de riesgo como: edad del paciente, comorbilidades así como la voluntad del paciente conociendo ventajas y desventajas de las opciones terapéuticas. La inyección de toxina botulínica esta descrita como opción en pacientes que no son candidatos para resolución quirúrgica u otras alternativas, sin embargo hay pocos casos reportados en pacientes con varices esofágicas por la baja incidencia así como los riesgos asociados.

Se trata de paciente masculino de 67 años de edad, con antecedente de Miocardiopatía Chagásica dilatada con trastorno de ritmo FARVA, cirrosis hepática por VHB Child C complicado con Síndrome de hipertensión portal; quien presentaba disfagia esofágica que progresa de alimentos sólidos a blandos con buena tolerancia a líquidos siendo estudiado de forma ambulatoria con posterior diagnóstico de acalasia tipo IV siendo ingresado para conducta terapéutica. Se realiza endoscopia digestiva superior con evidencia de varices esofágicas grado III por lo que se realiza ligadura de las mismas y posteriormente se procede a infiltración de toxina botulínica.

#### 3. CÁNCER DE VESÍCULA EN PACIENTE MASCULINO DE LA CUARTA DÉCADA DE LA VIDA

Martínez D\*, De Faria A\*\*, Torres J\*\*\*, Ramírez W\*\*\*\*, Roas S\*\*\*\*, Ruiz Vanesa\*\*\*\*\*. Jefe de la Unidad de Gastroenterología IUHULA. Profesor Asistente ULA\*/Adjunto de la Unidad de Gastroenterología. Profesor Asistente ULA\*\*/Residente del 3er Año de Gastroenterología\*\*\* /Residente del 3er Año de Gastroenterología\*\*\*\*/Residente del 2do Año de Gastroenterología. Postgrado de Gastroenterología ULA-IAHULA\*\*\*\*\*/Residente del 1er Año de Gastroenterología. Postgrado de Gastroenterología ULA-IAHULA\*\*\*\*\*

### Resumen

El cáncer de vesícula es una patología maligna que habitualmente se describe en personas mayores a 50 años y con predominio del sexo femenino. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 36 años quien consultó por dolor en hipocondrio derecho, ictericia y alzas térmicas, sin pérdida de peso, con instalación aguda, planteándose diagnóstico por Ultrasonido y TAC abdominal de lesión ocupante de espacio en el segmento IV hepático: Absceso hepático secundario a perforación vesicular y vías biliares dilatadas, con ACE, Ca19-9, AFP elevados. Se realiza biopsia hepática percutánea que reporta negativo para malignidad y citología exfoliativa hepática que concluye neoplasia maligna. Se decide CPRE a fin de colocar prótesis biliar, teniendo como hallazgos síndrome de Mirizzi tipo IV y colangitis ascendente por lo que es intervenido quirúrgicamente. Los hallazgos intraoperatorios fueron sugestivos de cáncer de vesícula avanzado y se tomó biopsia de tejido perivesicular que concluyó Infiltración por Adenocarcinoma moderadamente diferenciado. De allí importancia del presente caso de cáncer de Vesícula con cuadro clínico inusual que simula patología biliar aguda benigna en un hombre joven.

### 4. PÓLIPO ADENOMATOSO GÁSTRICO CON FOCOS DE CARCINOMA INVASOR. A PROPÓSITO DE UN CASO HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. PEDRO EMILIO CARRILLO" VALERA, ESTADO TRUJILLO

Mora Néstor, Carrillo Sofía, Marín María, Spitale Evelin, Romero Katherine, Vergara Zhandra, Fasero María, Pineda Darwins. Hospital universitario "Dr. Pedro Emilio Carrillo", Valera estado Trujillo, Venezuela

### Resumen

Cualquier lesión que en la endoscopia protruya hacia la luz gástrica, se reconoce como un pólipo, su origen mucoso o submucoso es establecido por el estudio histopatológico. La incidencia de los pólipos gástricos se ha incrementado como consecuencia del amplio uso de la endoscopia, siendo está aproximadamente del 0,1 al 0,8% en las series autópsicas. No obstante, en las series basadas en hallazgos endoscópicos esta incidencia se eleva hasta cifras del 8,7%. Sin embargo, un pólipo también es definido como una lesión proliferativa o neoplásica de la mucosa gástrica. Los pólipos gástricos se clasifican en hiperplásicos, adenomatosos, de glándulas fúndicas e inflamatorios. Siendo el pólipo gástrico adenomatoso de desarrollo neoplásico de baja prevalencia representando el 7-10% de los pólipos del estómago.

### 5. CARCINOMA DE ESÓFAGO DE CÉLULAS ESCAMOSAS VARIEDAD BASALOIDE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Melhinda Duque\*, Ada Sanguinetti\*, Neovis Ruiz\*\*  
Residente de Postgrado\*/Adjunto del servicio \*\*

### Resumen

Paciente masculino de 58 años de edad que inicia enfermedad actual en Noviembre de 2014 cuando comienza a presentar disfagia a alimentos sólidos. Posteriormente, en febrero del 2015 progresa a alimentos líquidos, pérdida de peso de 12 kg aproximadamente, no asociado a hiporexia, astenia y dolor lumbar por lo que es llevado a Servicio de ORL de este hospital, quien evalúa y refiere a nuestro servicio, donde se realiza endoscopia digestiva superior y en vista de hallazgos se decide su ingreso. Habito Psicobiológicos: Alcohol: 320 gramos/ingesta. Tabáquicos 27 paquetes/año. Analítica: Anemia normocítica normocrómica. Endoscopia Digestiva Superior: Tu-mor de esófago. Biopsia: Carcinoma de esófago de células escamosas variedad basaloide. Es una variante poco común de los carcinomas escamosos, pobremente diferenciada y caracterizada por una gran actividad proliferativa y apoptosis espontánea frecuente. En el esófago es un tumor poco frecuente, del 1,9 al 11,3% de los carcinomas escamosos.

### 6. SCHWANNOMA COLÓNICO: UNA LESIÓN INUSUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Bastidas Navarro, Escalante Mandara, Castillo Wever, Rodríguez de León, Mora Hamana. Cruz Roja Venezolana Hospital "Carlos J. Bello"

### Resumen

Schwannomas, también conocido como neurinomas o neurilemomas, son neoplasias de crecimiento lento generalmente benignos originarios de cualquier nervio que tiene una vaina de células de Schwann. Estas neoplasias son raras entre los tumores mesenquimales de células fusiformes del tracto gastrointestinal, pero se desarrollan más comúnmente en el estómago. **Caso clínico:** Paciente femenina de 48 años de edad natural de Barquisimeto, procedente de la localidad quien refiere inicio de enfermedad actual hace 2 años caracterizado por dolor abdominal de moderada intensidad localizado en hipogastrio de horario diurno que aumenta con la ingestión de alimentos con crisis de 1 día, acalmias de 2 semanas, frecuencia de 1 vez al día y duración de una hora concomitantes cambios en el patrón evacuatorio alternando estreñimiento con periodos de evacuaciones líquidas motivo por el cual acude a especialista quien realiza estudios endoscópicos, evidenciándose presencia de pólipo en colon sigmoidees motivo por el cual acude a nuestra institución para polipectomía. Niega antecedentes personales. A nivel de sigmoidees se aprecia lesión elevada con pedículo de bordes regulares de 1.5 cm aproximadamente, a la cual se le aplica ácido acético apreciándose patrón grandular pleomorfo (Kudo IV). Se aplica inyección con solución hipertónica y adrenalina 1/10.000, elevándose dicha lesión y se procede a extraer con asa de polipectomía sin complicaciones inmediatas. Estudio de anatomía patológica lo reporta como Proliferación estromal en

la capa muscular propia sugestiva de un tumor del estroma gastrointestinal GIST. Sugiriendo inmunohistoquímica, la cual reporto S100, Vimentina, ac glial positivos respectivamente y negativos CD34 CD117, impresión diagnóstica Schwannoma. **Discusión:** El término tumor estromal gastrointestinal se refiere a tumores mesenquimáticos del tracto gastrointestinal que se derivan de las células del estroma sin una línea celular definida de origen con patrones variables de diferenciación.

La incidencia es similar en hombres y mujeres, con una edad media en el sexto al séptimo década de la vida. En conclusión: la colonoscopia juega un rol importante en el diagnóstico de este tipo de lesiones. La determinación de diagnóstico de Schwannoma requiere una prueba histológica e inmunohistoquímica positivo para la proteína S-100 y vimentina pero negativa tanto para actina de músculo liso y c-KIT.

### **7. COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS PARCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC). CARACAS, DISTRITO CAPITAL. JULIO 2015**

Arellano Rosana<sup>\*\*\*</sup>, Fernández Saturnino<sup>\*</sup>, Romero Aure Adriana<sup>\*\*</sup>, Carvajal Carlos<sup>\*\*\*</sup>, Álvarez Carlos<sup>\*\*\*</sup>.

Jefe del Servicio de Gastroenterología del HUC<sup>\*</sup> / Fellow de Endoscopia terapéutica y CPRE del Servicio de Gastroenterología<sup>\*\*</sup>/Universidad Central de Venezuela, HUC

Residente de segundo año del postgrado de Gastroenterología/Universidad Central de Venezuela, HUC<sup>\*\*\*</sup>

#### **Resumen**

El Situs Inversus (SI) es un trastorno genético raro con patrón de herencia autosómico recesivo. Se caracteriza por la posición invertida de órganos torácicos y abdominales con respecto al plano sagital. Se clasifica en SI parcial y total. El SI parcial compromete una o varias vísceras y se asocia con malformaciones cardíacas, renales y biliares. Su incidencia es del 0.002 al 1%. Se reporta caso de paciente femenino de 17 años, quien presenta dolor abdominal en hipocondrio izquierdo (HI), tipo cólico, de fuerte intensidad, asociado a ictericia, coluria, fiebre cuantificada en 40°C; leucocitosis y patrón colestásico.

Se realiza ultrasonido abdominal que concluye transposición hepática, coledociana, vesicular y esplénica; litiasis vesicular y dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas. En la Colangiografía se observa el colédoco dilatado con múltiples litos en su interior. Se decide realizar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con maniobras invertidas, visualizando papila mayor en pared anterior de segunda porción de duodeno. Se realiza esfinterotomía, extrayendo abundantes detritus y material purulento. Posteriormente se coloca prótesis biliar, sin complicaciones. En pacientes con SI es importante el diagnóstico precoz y la experiencia del endoscopista debido a la reversión de izquierda-derecha de órganos viscerales.

### **8. ESTENOSIS DE COLON SIGMOIDES POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO**

María P. Rodríguez, Cesar Louis.

Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Car-

acas, Universidad Central de Venezuela.

#### **Resumen**

Los divertículos cólicos son protrusiones sacciformes, comunicadas con la luz cólica que se alojan en la pared del colon. Los factores de riesgo para el desarrollo de esta patología son el déficit de fibra dietética y la edad. Un 70-80% de los pacientes no presentan síntomas ni complicaciones. Las manifestaciones clínicas están presentes en el 20-30% de los pacientes; destacan síntomas sin signos clínicos inflamatorios y desarrollo de complicaciones que derivan de la inflamación o del sangrado de los divertículos. Los síntomas son dolor, disminución del apetito, episodios de diarreas o estreñimiento y no hay pérdida de peso. Dentro de las complicaciones se presentan: abscesos, fistulas, perforación y obstrucción. La obstrucción se debe a una complicación crónica, su incidencia es baja, debe plantearse el diagnóstico diferencial con una neoplasia, suele ser parcial y se produce por los efectos combinados del edema local, el espasmo y los cambios inflamatorios. Además puede representar una secuela crónica de crisis recurrentes de diverticulitis, que llevan al desarrollo de una masa fibrosa y a la estenosis del colon. Los signos radiológicos de estenosis por divertículos son: mucosa intacta, segmento estenosado largo con ausencia de bordes afilados, pared colónica deformable, presencia de divertículos. La endoscopia puede ser una alternativa para el tratamiento de las estenosis benignas en los pacientes con mayor riesgo quirúrgico, sin embargo en los casos en que la terapia endoscópica no sea posible el procedimiento quirúrgico es el método ideal de resolución. Se presenta el caso de paciente masculino de 59 años, hipertenso, con antecedente de Síndrome de Leriche resuelto, uso y abuso de tabaco, cuyo motivo de consulta fue evacuaciones líquidas, dolor abdominal difuso y distensión abdominal. Se realiza coproanálisis y ultrasonido abdominal resultando normales, indicando colonoscopia la cual no es completada debido a estenosis en colon sigmoidees que no permite paso del instrumento, se indica colon por enema con múltiples excesos de repleción en colon sigmoidees, posterior disminución de calibre, tortuosa, regular. Se indica tratamiento médico sin mejoría de la estenosis por lo cual se indica resolución quirúrgica.

### **9. PANCREATITIS AGUDACOMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LINFOMA DE BURKITT: A PROPÓSITO DE UN CASO**

De Faria A<sup>\*</sup>, Martínez D<sup>\*\*</sup>, Torres J<sup>\*\*\*</sup>, Ramírez W<sup>\*\*\*\*</sup>, Rojas S<sup>\*\*\*\*\*</sup> Adjunto de la Unidad de Gastroenterología. Profesor Asistente ULA. Jefe de la Unidad de Gastroenterología IUHULA. Profesor Asistente ULA\*/Residente del 3er Año de Gastroenterología\*\*/ Residente del 3er Año de Gastroenterología\*\*\*/Residente del 2do Año de Gastroenterología. Postgrado de Gastroenterología ULA-IAHULA\*\*\*\*

#### **Resumen**

Los linfomas se presentan en pacientes jóvenes en 27%, representando el linfoma No Hodgking el 57% de los casos, de estos las dos terceras partes son de células B entre los cuales

el linfoma de burkitt representa solo 2,5%, siendo causa, de una translocación que disregula el gen c-myc, asociándose a la presencia de infecciones virales y parasitarias como el Virus de Epstein barr y el *plasmodium vivax* respectivamente. La presentación clínica es variada, pero el compromiso primario del páncreas es muy poco frecuente. Se describe un caso de linfoma de Burkitt primario de páncreas en un adolescente masculino de 16 años quien presenta dolor abdominal tipo pancreático, con elevación de enzimas pancreáticas, evidenciando en ultrasonido y TAC abdominal, aumento de volumen del páncreas y lesión en cola con pérdida de los planos de clivaje con estómago, realizándose gastroscopia que permite tomar biopsia para diagnóstico por histología e inmunohistoquímica de infiltración a estómago. Después de cumplir protocolo de quimioterapia LMB-96, mejora clínicamente, con disminución de las enzimas, el tamaño del páncreas y de la lesión infiltrativa de estómago. El interés de este caso radica que existen pocos reportes en la literatura de casos de linfoma primario tipo Burkitt en el páncreas, en un adolescente inmunocompetente, con serologías infecciosas negativas.

#### 10. METÁSTASIS EN RECTO: ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN CÉLULAS DE ANILLO DE SELLO

Carvajal Carlos, Ruiz Neovis, Arellano Rosana, Álvarez Carlos. Hospital Universitario de Caracas, julio 2015

##### Resumen

El Adenocarcinoma gástrico, a pesar de su descenso en la incidencia, es una de las principales causas de muerte en el mundo. El tipo difuso, (clasificación de Lauren) con presencia ocasional de células en anillo de sello, es menos frecuente y con peor pronóstico que el intestinal; ambos se diseminan por vía hemática como linfática (40-60%), pudiendo llegar a afectar a órganos como: hígado (35-50%), pulmón (9-22%), hueso (1,9%) y sistema nervioso central (0,5-2%); siendo excepcional, la afectación de otros órganos. Se reporta caso de paciente femenino de 37 años, quien presentó vómitos postprandiales tempranos, distensión abdominal y pérdida de peso de 10 kg de un mes de evolución. Se realizó endoscopia digestiva superior: Tumorgástrico Bormann IV. Biopsia gástrica: Adenocarcinoma poco diferenciado con células en anillo de sello (ADC en anillo de sello). Colonoscopia: Disminución del calibre a 2 cms del esfínter anal, mucosa edematizada, lesiones multilobuladas, induradas, friables. Biopsia de colon: Colitis crónica moderada. Biopsia de recto: ADC en anillo de sello. Se trae el caso, siendo excepcional, la afectación de recto por el ADC gástrico; tal como el paciente que presentamos.

#### 11. METÁSTASIS CUTÁNEA POR ADENOCARCINOMA (ADC) MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE VESÍCULA. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC). CARACAS, DISTRITO CAPITAL. JULIO 2015

Arellano, Rosana\*\*\*, Fernández Saturnino\*, Romero Aure, Adriana\*\*, C. Carvajal\*\*\*, C. Álvarez\*\*\*.

Jefe del Servicio de Gastroenterología del HUC\*/ Fellow de

Endoscopia Terapéutica y Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) del Servicio de Gastroenterología Universidad Central de Venezuela, HUC\*\*/ Residente de segundo año del postgrado de Gastroenterología, Universidad Central de Venezuela, HUC\*\*\*

##### Resumen

Las metástasis cutáneas (MC) representan un hallazgo infrecuente en la práctica clínica. Su incidencia varía entre el 0,7 y el 5,3% de las lesiones dermatológicas. Los orígenes más frecuentes en el sexo masculino lo constituyen el cáncer de pulmón y colon seguidos por el carcinoma epidermoide de la cavidad oral y el melanoma. Se presenta caso de paciente masculino de 48 años de edad con antecedente reciente de colecistectomía por litiasis vesicular, quien acude a nuestro servicio por presentar ictericia, coluria, pérdida de peso de 15 kg aproximadamente y aumento de volumen en región laterocervical izquierda e Hipocondrio Derecho. Se realiza biopsia de plastrón adenomegálico cervical y tumoración cutánea reportando metástasis por Adenocarcinoma (ADC). Se solicita revisión de pieza quirúrgica la cual reporta ADC moderadamente diferenciado de vesícula. Durante su hospitalización presentó monoparesia braquial izquierda y síndrome de Horner ipsilateral secundario a compresión extrínseca del simpático cervical por plastrón adenomegálico. Se realizó diaterapia descompresiva y drenaje transparieto hepático. La sobrevida del Cáncer de Vesícula es de 6 meses extendiéndose hasta 5 años en el 5% de los casos. Su diseminación es linfática, vascular, neural, intraperitoneal e intraductal.

#### 12. SINDROME DE HELLP INCOMPLETO Y HEPATITIS AUTOINMUNE EN PUERPERIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alvarez C\*, Sacca F\*\*. Residente de postgrado de Gastroenterología. Hospital Universitario de Caracas – Venezuela\*/ Gastroenterólogo. Adjunto del postgrado de Gastroenterología. Hospital Universitario de Caracas – Venezuela\*\*

##### Resumen

Se presenta caso de paciente femenino de 23 años de edad quien cursaba con II gesta de 37 semanas según FUR, con antecedente de preeclampsia; refiere inicio el 30/07/14 cuando presenta edema en miembros inferiores con fovea e ictericia con coluria sin prurito acude el 18/08/14 al Hospital "Magallanes de Catia" donde ingresan con diagnóstico de ictericia obstructiva refiriendo que tenía elevación de aminotransferasas; el día 21/08/14 presenta deterioro neurológico dado por desorientación temporoespacial, amnesia retrógrada y posteriormente movimiento tónico clónicos generalizados siendo referida el día 22/08/14 a Maternidad Concepción Palacios donde ingresa con Glasgow de 6 puntos y es intubada; en informe de referencia mencionan administración de plasma fresco congelado; el 24/08/14 presenta parto pretermino por muerte fetal; en virtud de situación de la paciente solicitan apoyo a servicio de nuestro centro siendo referida para el día 27/08/14 a unidad de cuidados intensivos donde permanece intubada hasta el 31/08/14.

### 13. PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATORIO O TUMOR DE VANEK: REPORTE DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. PEDRO EMILIO CARRILLO" VALERA, ESTADO TRUJILLO

Mora Néstor, MarínMaría, Carrillo Sofía, Spitale Evelin, Pineda Darwins, Romero Katherine, Vergara Zhandra, Fasero María. Hospital universitario "Dr. Pedro Emilio Carrillo", Valera estado Trujillo, Venezuela

#### Resumen

El tumor de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio; es un tumor benigno no encapsulado, poco frecuente del tubo digestivo (1-4%), con ligero predominio en el sexo masculino y un pico de incidencia a partir de la sexta década de la vida. La etiología de estas lesiones son desconocidas, originadas en la submucosa cuya ubicación puede darse a lo largo del tracto digestivo, siendo más común en el antro gástrico (80%), aunque también se ha descrito en la unión gastroesofágica, duodeno, yeyuno, íleon y colon. Están formadas por células mononucleares y mesenquimatosas con citoplasma fusocelular, con una importante proporción de eosinófilos. Sus síntomas son variables, dependiendo de su localización. En este reporte de caso se presentó un paciente masculino de 63 años de edad, con tumor de Vanek de localización antral, diagnosticado en el Hospital Universitario Pedro Emilio carrillo de Valera.

### 14. ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO Y PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN GIST GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Torres Q. María C, Wever Wallia, Bastidas T. Vanessa C. Cruz Roja Venezolana

#### Resumen

Una de las virtudes reconocidas del ultrasonido endoscópico es la de identificar los estratos de la pared del tubo digestivo diferenciándolos en 5 o 7 capas dependiendo del equipo y de la frecuencia utilizada.<sup>1</sup> La distribución de estas lesiones no es uniforme, el estómago es el más frecuentemente afectado y al mismo tiempo con mayor riesgo de malignidad en relación al esófago. Presentación de Caso: Se trata de paciente femenina de 37 años de edad quien acude por presentar dolor abdominal en hipocondrio derecho, evacuaciones líquidas en número de 6, durante 3 días y alza térmica cuantificada en 39° C vía oral. Antecedentes personales: Hipertensión arterial. Antecedentes familiares: madre hemorragia digestiva superior, niega cáncer. Ecosonograma abdominal donde se evidencia hígado en segmento VII se evidencia una imagen de bordes irregulares, con patrón ecomixto, que mide 59.1 mm x 48.0 mm aproximadamente. Tac abdomino pélvica: esteatosis hepática difusa, imagen de LOE a nivel de fundus gástrico. En la gastroscopia se observa por debajo de la Unión esofagogastrica lesión elevada del mismo color de la mucosa, redondeada de aproximadamente 4 cm friable al paso del equipo, que ocupa el 80% de la luz, sugestiva de Lesión subepitelial. En USE se observa lesión elevada cubierta de mucosa sana que ecoendoscópicamente se origina de la ecocapa muscular propia es de forma redondeada, de bordes

bien definidos, mide 39 x 23 mm de diámetro aproximado, de ecopatrón heterogéneo. Se realiza punción aspiración de la lesión con aguja EchoTip pro-core de 22 gauges desde el estómago. Anatomía patológica: Reporta minúsculos grupos de células compatibles con GIST. En vista de resultados es referida para Cirugía con diagnóstico de Lesión subepitelial GIST con probable MT en segmento VII de hígado. Discusión: El uso de EUS-FNA con diferentes tipos de agujas (diferentes diámetros, 22, 25 o 19 G, Trucut y frenestradas, son las posibilidades de citohistología que ofrece el ultrasonido endoscópico. Actualmente, se reporta un alto rendimiento diagnóstico de la EUS FNA entre 75 a 100%. **Conclusión:** Es por eso que la punción aspiración guiada por ultrasonido endoscópico (PAAF-USE) se ha convertido en una herramienta importante en el diagnóstico.

### 15. INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS: INCIDENCIA, TERAPÉUTICA Y COMPLICACIONES

Marialy Marialy Díaz\*, Luz Celeste Martínez\*\*, Manuel Carreiro\*\*\*Adjunto de Gastroenterología del Hospital General del Este Dr Domingo Luciani, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Caracas, Venezuela\*/Adjunto de Gastroenterología del Hospital Dr. Cesar Rodríguez Rodríguez, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Anzoátegui, Venezuela\*\*/ Jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital General del Este Dr Domingo Luciani, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Caracas, Venezuela\*\*\*

#### Resumen

**Introducción:** Los cuerpos extraños en el tubo digestivo son motivo frecuente de consulta en gastroenterología, asociándose con morbilidad y mortalidad no despreciables. En adultos ha sido de poco interés en la literatura internacional. **Pacientes y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes que consultaron al Servicio de Gastroenterología del Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani, en el período junio 2011 a junio 2012 con diagnóstico de ingestión de cuerpo extraño. Fue un estudio prospectivo, descriptivo y transversal donde se recopilaron datos clínicos, radiológicos y endoscópicos. **Resultados:** 71 pacientes, 41 sexo masculino (57,74%) y 30 femenino (42,25%). Edad 46,633 + 13,15 años. Ingesta accidental (95,77%). Predominaron huesos de pollo y espinas de pescado (59,15%). Los síntomas más frecuentes fueron disfagia (30,98%) y odinofagia (21,12%). Tiempo promedio entre ingreso y endoscopia: 9,11 + 6,012 horas. El tratamiento endoscópico fue efectivo en el 89,18%. No se encontró cuerpo extraño en el 43,93%. El asa de polipectomía y la pinza de cuerpo extraño se usaron en el 47,05% y 35,29% respectivamente. Falleció un paciente (1,408%). **Conclusiones:** Aproximadamente la mitad de los pacientes adultos que consulta por cuerpo extraño no lo tienen en forma objetiva. La endoscopia es un método útil para diagnóstico y de ser necesario para extraer efectivamente el cuerpo extraño.

### 16. STRONGYLOIDES STERCORALIS EN MUCOSA COLÓNICA. HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Rosana Arellano, Cesar Louis, Marian Capobianco, Carlos Carvaja, Carlos Álvarez Servicio y Cátedra de Clínica Gastroenterológica. Hospital Universitario de Caracas. Caracas-Venezuela.

### Resumen

La estrongiloidiasis es una infección endémica en países tropicales y subtropicales. Involucra principalmente el intestino delgado y es asintomática en el 50% de los casos. La infección en colon es infrecuente así como el síndrome de hiperinfección y la forma diseminada; y se encuentran asociados a estados de inmunosupresión. Se reporta caso de paciente masculino de 52 años de edad con diagnóstico de síndrome antisintetasa, en tratamiento regular con azatioprina y metotrexato; quien consulta por presentar rectorragia postevacuatoria, intermitente, roja rutilante, en escasa cantidad, de dos meses de evolución. Examen físico y analítica sanguínea sin alteraciones. Se realiza endoscopia digestiva inferior que reporta colopatía hemorrágica de ciego, colon ascendente y transversal; lesión OIS en ascendente, rectitis hemorrágica y úlcera en recto bajo. La biopsia concluye colitis granulomatosa por *Strongyloides stercoralis* e infección en úlcera de recto bajo por molusco contagioso. Se indica tratamiento con ivermectina durante dos días, mejorando la sintomatología.

### 17. ESOFAGITIS POR HERPES VIRUS EN ADULTO INMUNOCOMPETENTE REPORTE DE UN CASO

Páez Madeleyn, Cova Jorge.

Hospital Universitario de Caracas

### Resumen

Tanto el virus del herpes I como el virus del herpes II son capaces de producir esofagitis infecciosa. Puede afectar a personas sanas aunque es más frecuente que ello ocurra en pacientes que tengan comprometido el sistema inmune, especialmente aquellos que reciben trasplante de órganos o de médula ósea, que requieran fármacos inmunosupresores, quimioterapia o con VIH. Se ha descrito de forma ocasional en individuos sanos, 77% con edad inferior a 44 años y sexo masculino.

Paciente masculino con hábitos tabáquicos acentuados quien consulta por presentar pérdida de peso de 15 kg de dos meses de evolución y melena en dos oportunidades. Al examen físico tacto rectal esfínter hipotónico, dedil de guante positivo para melena. En analítica se evidencia leucocitosis con neutrofilia, anemia normocítica normocromica, Serología para HIV negativa. Se realiza endoscopia digestiva superior evidenciando en esófago mucosa de aspecto congestivo con úlceras lineales menores de 5 mm, cubiertas de fibrina. A partir de los 35 hasta los 40 cm de la arcada dentaria se observa lesión ulcerada de bordes elevados, irregular con fondo de fibrina y hematina. A la magnificación y FICE (Filtro 2 y 4) se observa en borde proximal de la lesión, mucosa con presencia de bucles capilares intrapapilares gruesos y abiertos, y en su porción distal, bordes ulcerados, con glándulas dilatadas; la misma ocupa el 100% de la circunferencia, con mucosa adyacente esfacelada, ulcerada y con presencia de elementos

vasculares. Se toman biopsias cuya histología reporta esofagitis por herpes virus.

### 18. TRATAMIENTO EFICAZ DE LA FISTULA ABDOMINO PERITONEAL POSTPARACENTESIS CON CIANOACRILATO TOPICO

Salazar Mariani, Briceño Daniel, Louis Cesar, Sacca Fabio. Hospital Universitario de Caracas. Cátedra de Clínica Gastroenterología. Caracas, Venezuela.

### Resumen

**Introducción:** El cianoacrilato es un adhesivo de acción rápida de uso industrial, doméstico y médico. La paracentesis es un procedimiento médico diagnóstico y terapéutico con una baja tasa de complicaciones que representa menos de 5% siendo una de ellas la fistula abdominoperitoneal con pocos casos reportados en la literatura. Tenemos como objetivo presentar casos de pacientes con fistula abdominoperitoneal postparacentesis tratados con cianoacrilato tópico y describir la técnica de aplicación de cianoacrilato en esta complicación.

**Métodos:** Se analizó serie de paciente que ingresaron al servicio de gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas desde enero 2013 hasta noviembre 2014 con ascitis a tensión, a quienes se les realizó paracentesis y que solo 1% presentaron complicación con fistula abdominoperitoneal siendo tratados con cianoacrilato tópico. **Resultados:** se aplicó tratamiento con cianoacrilato tópico en 2 pacientes que presentaron fistula abdominoperitoneal como complicación postparacentesis. Ambos pacientes del sexo masculino. La etiología principal fue cirrosis hepática por alcohol. En ambos pacientes se corroboró la fistula al momento de la aplicación del cianoacrilato. Hubo cese permanente del gástrico peritoneal y no se presentaron efectos adversos a la aplicación del cianoacrilato. **Conclusiones:** la fistula abdominoperitoneal es una complicación de baja incidencia y su tratamiento con cianoacrilato tópico resultó ser eficaz y sin efectos secundarios

### 19. REVERSION ENDOSCOPICA DE BY-PASS GÁSTRICO

Baptista, Guzmán, Salina

Hospital Clínico Caracas

### Resumen

**Introducción:** La posibilidad de revertir un By-pass gástrico ha sido descrita en la literatura y es una indicación en casos de desnutrición severa, hipoglicemia severa e hipocalcemia severa que no pueden ser manejadas con otros recursos médicos. La morbilidad de la reversión quirúrgica del By-pass Gástrico está descrita entre el 6 y 15%. **Pacientes y métodos:** Se describe un caso de un paciente de 56 años a quien se le realizó reversión endoscópica de By-pass Gástrico asistida por Ultrasonido Endoscópico, quien presentaba hipoglicemia, desnutrición severa e insuficiencia renal. Al paciente previamente se le había realizado una Gastrostomía para documentar la adecuada respuesta a la alimentación por vía del estómago excluido. Una vez confirmada esta respuesta se decidió avanzar ecoendoscopia lineal al reservorio gástrico. Se irrigó con abundante solución salina el estómago excluido por la

Gastrostomía y se identificó por Ultrasonido Endoscópico. Se avanzó aguja 19 Gauge del reservorio al estómago excluido y sobre ésta guía endoscópica 0,018". Se avanzó endoscopia de 5.8 mm por el orificio de la Gastrostomía y se verificó presencia de la guía. Sobre la guía y desde el reservorio con gastroscopio de visión frontal se avanzó esfinterotomo de aguja y se realizó corte de la pared del reservorio hasta el estómago excluido. Luego se avanzó balón de dilatación que fue insuflado hasta 10 mm. Posteriormente se colocó Stent Metálico Autoexpansible totalmente cubierto entre el reservorio y el estómago distal. Todo el procedimiento fue monitoreado bajo visión de endoscopia a través de Gastrostomía. El paciente evolucionó en forma satisfactoria y comenzó alimentación por vía oral. Se planificó dejar el Stent por 3 meses y luego retirar el mismo. **Resultados:** No hubo complicaciones y el paciente inició alimentación por vía oral a los 3 días. No hubo dolor abdominal ni Neumoperitoneo en estudios radiológicos de control. A los 7 días el Gastrostomo pudo ser retirado y el paciente mantiene actualmente alimentación exclusiva por vía oral. **Conclusión:** La reversión de By-pass Gástrico por vía endoscópica asistida por Ultrasonido Endoscópico es posible y probablemente sea una opción de menor costo y menor morbilidad que la reversión quirúrgica.

## 20. EMBOLIZACION ENDOSCÓPICA DE VÁRICES GÁSTRICAS FUNDICAS CON IMPLANTE AUTOEXPANSIBLE INYECTABLE (ONYX)

Baptista Guzmán. Hospital Clínicas Caracas

### Resumen

**Introducción:** La Inyección Endoscópica de Esclerosantes es una opción ampliamente descrita para manejo de várices fúndicas. El Cianoacrilato es una opción altamente eficiente y de bajo costo. Se requiere el uso de Lipidol o en su defecto uso de soluciones hipertónicas como vehículos. Sin embargo existe un porcentaje de riesgo de daños a los equipos endoscópicos con el uso del Cianoacrilato. **Pacientes y métodos:** Se describe un caso de inyección endoscópica de várices gástricas con implante inyectable autoexpansible, que ha sido utilizado en radiología intervencionista para cierre de malformaciones arteriovenosas cerebrales (Onyx R+). La paciente presentaba hipertensión portal Child-B por cirrosis hepática secundaria a OH. Había presentado varios episodios de hemorragia digestiva superior con descenso en cifras de hemoglobina y hematocrito. Bajo sedación con Propofol en sala de endoscopia se utilizó aguja de esclerosis endoscópica Gauge 19. Se inyectó 1.5 cc de Onyx en 2 puntos distintos utilizando DMSO como vehículo. Una vez en contacto con los tejidos humanos el Onyx polimeriza inmediatamente y tiene la ventaja de ser radiolúcido. Se indicó antibióticoterapia profiláctica con Cefalosporina de tercera generación.

**Resultados:** La paciente egresó al día siguiente con dolor moderado que fue manejado con antiinflamatorios no esteroideos. No hubo resangrado en 2 meses de seguimiento. A las 4 semanas se realizó Radiología observando presencia del implante. También se revisó endoscópicamente observando adecuada respuesta endoscópica. **Conclusión:** Se presenta

el uso novedoso para tratamiento de várices fúndicas gástri-cas utilizando un recurso descrito para tratar malformaciones arteriovenosas cerebrales por radiología intervencionista. El procedimiento luce eficiente y sin riesgos de daño a los equipos endoscópicos.

## TRABAJOS LIBRES

### MODALIDAD PEDIATRIA

#### 1. CREATININA SÉRICA COMO INDICADOR PARA LA DISFUNCIÓN RENAL AGUDA EN NIÑOS CIRRÓTICOS

Colina Nina\*, Pestana Elena\*, Perla Enicar\*, De Guglielmo Manuel\*, Gómez Trina\*, Agüero Luzmila\*, Lozada Carlos\*, Sala Abigail\*, Ledezma Karina\*\*, Vasallo Miguel\*, Rodríguez Carlos\*, KatoTomoaki\*\*, Rivas-Vetencourt Pedro\* Programa Metropolitano de Trasplante de Hígado - Fundahígado. Caracas – Venezuela\*/Department of surgery, Center for liver disease and transplantation, Columbia University New York, USA\*\*

### Resumen

El daño renal agudo en la cirrosis se define como un aumento del nivel de creatinina >50% respecto el valor basal, o como una elevación del nivel de creatinina 0,3 mg/dl en menos de 48 horas. Este criterio tiene la ventaja de que la disfunción renal se detecta en fases más tempranas, lo que permite iniciar el tratamiento de forma precoz. Los pequeños incrementos del nivel de creatinina que se detectan con este método se asocian de forma independiente a una mayor mortalidad de los pacientes hospitalizados con cirrosis. No hay pruebas específicas que ayuden a conocer la causa de la disfunción renal en pacientes con cirrosis, aunque en la mayoría de los casos es suficiente hacer una historia clínica detallada, exploración física, evaluación de función renal. La literatura médica a este respecto en niños es muy escasa. **Objetivo:** Determinar la utilidad de los valores de creatinina sérica en la identificación de riesgo a desarrollar disfunción renal aguda (DRA) en pacientes pediátricos cirróticos con ascitis. **Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de cirrosis y ascitis, atendidos en la Consulta de Hepatología Pediátrica del Programa Metropolitano de Trasplante de Hígado, durante el periodo 2005 – 2015. Caracas Venezuela. Se comparó los valores de creatinina de cada uno de los pacientes con su mismo valor, considerado como un basal (sin descompensación) y los valores durante la descompensación. Se logró demostrar que valores mínimos de incremento de la creatinina sérica es un buen indicador precoz en la disfunción renal. De tal manera, que es importante no soslayar estos cambios para poder garantizar la función renal en esta población ya que es un factor primordial en la supervivencia de los niños cirróticos e importante consideración para trasplante hepático. También es oportuno señalar que no hay criterios para síndrome hepatorenal en pediatría y las variaciones de la misma en un mismo paciente pudiera ser útil para conocer cuando un paciente pediátrico está desarrollando un síndrome Hepatorrenal.

## 2. UTILIDAD DE UNA GUÍA DIAGNÓSTICA ESTANDARIZADA EN COLESTASIS NEONATAL

Carla Aguiar, Dianora Navarro, Karolina López, Katuska Blandria, John Pineda Bernarded Méndez, Idelsa Polanco, Lisbeth Vivenes. Unidad de Gastroenterología Pediátrica del Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño", IVSS, Caracas – Venezuela.

### Resumen

**Introducción:** una referencia tardía, la falta de diagnóstico y no identificar factores de riesgo en colestasis neonatal pueden conducir a enfermedad hepática crónica a temprana edad. **Objetivo:** aplicar una guía diagnóstica estandarizada para registrar factores de riesgo e identificar la etiología de colestasis neonatal en la consulta de gastroenterología. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo y transversal, entre enero 2014 y enero 2015, incluyo niños menores de 3 meses con colestasis. Se aplicó al ingreso del paciente la guía diagnóstica estandarizada y elaborada para el estudio. Variables: edad, sexo, factores de riesgo, criterios clínicos y bioquímicos, pruebas especiales (errores innatos del metabolismo, serologías), ecografía abdominal y tratamiento. Resultados: 33 pacientes, 20 (60,60%) masculino, edad promedio 25 días de vida (rango: 2-62). El 100% ictericia, 9/33 (27,27%) coluria y acolia 3/33 (9,09%); hepatoesplenomegalia a la evaluación física 6/33 (18,18%). Factores de riesgo: sepsis 22/33 (66,66%), prematuridad 12/33 (36,36%), bajo peso al nacer 11/33 (33,33%), nutrición parenteral total, ayuno y trombocitopenia, cada uno 10/33 (30,30%). Los promedios de la bioquímica: bilirrubina total 9,81 mg% (DS+5,15), bilirrubina directa 5,26 mg% (DS+, 2,87), aminotransferasa oxalacética 145,31 U/L (DS+105,98) y pirúvica 121,23 U/L (DS +130,33), gammaglutamil transpectidasa 181,25 U/L (DS+75,25) y plaquetas 193.360 mm<sup>3</sup> (DS +144.571,45). La ecosonografía abdominal fue normal en 48,48%, barro biliar 12,12%, hepatoesplenomegalia, esplenomegalia y hepatomegalia cada una 9,09%, una ausencia de vesícula biliar entre otros hallazgos. Diagnóstico etiológico: Colestasis intrahepática: multifactorial 17/33(51,51%), asociada a infección 7/33 (21,21%), metabólica y transitoria del neonato cada uno 4/33 (12,12%). Un caso de atresia de vías biliares. El 84,84% recibió tratamiento con ácido ursodesoxicólico. **Conclusiones:** la guía diagnóstica fue de utilidad, su estandarización permitió identificar la etiología y orientó sobre el seguimiento del paciente, por lo que se recomienda su uso.

## 3. ATRESIA DE VIAS BILIARES Y TRASPLANTE HEPÁTICO: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA. PROGRAMA METROPOLITANO DE TRASPLANTE DE HIGADO - FUNDAHIGADO

Gómez Trina\*, Colina Nina\*, Pestana Elena\*, Perla Enicar\*, De Guglielmo Manuel\*, Agüero Luzmila\*, Lozada Carlos\*, Sala Abigail\*, Ledezma Karina\*, Vasallo Miguel\*, Rodríguez Carlos (1) Kato Tomoaki (2), Rivas-Vetencourt Pedro (1). Programa Metropolitano de Trasplante de Hígado - Fundahígado. Caracas – Venezuela/ Department of surgery, Center for liver disease and transplantation, Columbia University New York, USA

### Resumen

La atresia de vías biliares (AVB), es una colangitis esclerosante de causa desconocida que ocurre en los primeros meses de la vida y se manifiesta como síndrome colestásico. Es el resultado final de un proceso destructivo, idiopático e inflamatorio que afecta los conductos biliares intra y extrahepáticos, lo que provoca la muerte por cirrosis descompensada dentro de los 2 a 3 años de vida si no media una intervención. Se estima que la incidencia mundial de la enfermedad oscila entre el 1 en 8000 y 18000 recién nacidos (RN) vivos. El tratamiento primordial de la AVB es la cirugía (procedimiento de Kasai), la cual debe realizarse dentro de los 2 primeros meses de vida y por lo que el diagnóstico precoz es crítico en su manejo. El trasplante hepático está indicado cuando falla el procedimiento anterior, manifestado por colangitis a repetición o desarrollo de hipertensión portal con sus complicaciones o falla sintética del hígado. **Objetivo:** Demostrar la experiencia del Programa Metropolitano de Trasplante de hígado en atresia de vías biliares durante 10 años. **Material y método:** Estudio descriptivo, retrospectivo, basado en la revisión de las historias clínicas de los pacientes del Programa Metropolitano de Trasplante Hepático (FUNDAHIGADO), con diagnóstico de atresia de vías biliares sometidos a trasplante de hígado, durante un periodo de 10 años (2005- 2015). 19 pacientes incluidos en este estudio, de un total de 58 historias médicas de la consulta con diagnóstico de AVB. Los 38 pacientes restantes (67,2%) o se encontraban en evaluación para trasplante o no resultaron candidatos para el mismo, y no fueron incluidos en este estudio. En los pacientes trasplantados se analizaron las siguientes variables: sobrevida, tipo de trasplante, indicaciones de trasplante, complicaciones, edad, sexo y portoenteroanastomosis de Kasai previo a su trasplante. **Resultados:** La sobrevida de los pacientes fue de 94,7%, 17 pacientes fueron trasplantados de donante vivo y 2 de donantes cadavéricos, el 68,4% fue de segmento lateral izquierdo, siendo el padre el mayor porcentaje como donante. La indicación de trasplante hepático más frecuente fue la hemorragia digestiva superior (63,1%); dentro de las complicaciones postrasplantadas más frecuente son infecciosas, sepsis en el 52,6% y respiratoria en el 42,1% de los casos. La edad promedio era de 24 meses, 78% correspondió al género femenino; 88% de los casos habían sido sometidos a portoenteroanastomosis previamente. **Conclusiones:** La atresia de vías biliares puede ser tratada en forma exitosa a través del trasplante de hígado en nuestro país, demostrado con una sobrevida de 94,7%, a pesar de las complicaciones aquí descritas. El diagnóstico precoz es fundamental para la realización del procedimiento de Kasai como control inicial de la enfermedad y posteriormente la referencia precoz para su trasplante hepático.

## 4. SINDROME HEPATOPULMONAR EN NIÑOS CON CIRROSIS: MANEJO Y EVOLUCION POSTR

Colina Nina\*, Pestana Elena\*, Perla Enicar\*, De Guglielmo Manuel\*, Gómez Trina\*, Agüero Luzmila\*, Lozada Carlos\*, Sala Abigail\*, Ledezma Karina\*, Vasallo Miguel\*, Rodríguez Carlos\*, Kato Tomoaki\*\*, Rivas-Vetencourt Pedro\*

Programa Metropolitano de Trasplante de Hígado - Fundahígado. Caracas – Venezuela\*/ Department of surgery, Center for liver disease and transplantation, Columbia University New York, USA\*\*

### Resumen

El síndrome hepatopulmonar (SHP) surge como complicación de la hipertensión portal en pacientes con enfermedad hepática terminal. **Objetivo:** Determinar la severidad del SHP, su evolución y complicaciones postrasplante en niños atendidos en la consulta del Programa Metropolitano de Trasplante Hepático. **Métodos:** Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Se estudiaron niños de la consulta de Hepatología, entre 1 y 18 años de enero/2005 - mayo/2014. Se realizó diagnóstico por: dilataciones vasculares intrapulmonares, PaO<sub>2</sub> <70 mmHg y gradiente A-a >15 mmHg. Resultados: Se incluyeron 15 niños, dos varones (13,3%), trece hembras (86,7%). En su mayoría con PELD mayor de 17. El 100% presentó SHP; con saturación de O<sub>2</sub> ≤97%. Se realizó ecocardiograma con burbujas demostrando fistulas arteriovenosas. 2 pacientes (13,3%) tenían SHP moderado, 5 (33,3%) severo y 8 (53,3%) muy severo. Las patologías asociadas eran: cirrosis por atresia de vías biliares 9 niños (60%), Hepatitis Autoinmune 2 (13,3%), cirrosis criptogénica 3 (20%) y fibrosis hepática congénita 1 (6,6%). 9 pacientes (60%) fueron trasplantados. 5 pacientes trasplantados (55,5%) presentaron complicaciones durante postoperatorio en UTI: Neumonía 1 (11,1%), SDRA 2 (22,2%), broncoespasmo 1 (11,1%) y Atelectasia 1 (11,1%). Tiempo de ventilación mecánica promedio 5 días, FiO<sub>2</sub> máxima: 80%, saturación al egreso de UTI: 80-100%. La estancia promedio en UTI: 6 días. **Discusión:** El SHP es una entidad frecuente en niños en lista de espera para trasplante hepático. La prevalencia y la gravedad son variables. Por su alta morbimortalidad es importante diagnosticarlo en niños. Se registró mortalidad en 40% de los casos en este estudio. El 60% de nuestros pacientes presentaban atresia de vías biliares, en correlación a la bibliografía consultada. 8 pacientes (53,3%) tenían SHP muy severo. Las complicaciones post - trasplante evidenciadas fueron básicamente respiratorias. Se demostró que la gasometría arterial y el ecocardiograma burbujas fueron pruebas suficientes para hacer el diagnóstico de Síndrome Hepatopulmonar.

### 5. COMPARACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS PEDIÁTRICOS CON EL USO O NO DE RIFAXIMIN

Perla Enicar, Pestana Elena\*, Colina Nina\*, De Guglielmo Manuel\*, Gómez Trina\*, Agüero Luzmila\*, Lozada Car-los\*, Sala Abigail\*, Ledezma Karina\*\*, Vasallo Miguel\*, Rodríguez Carlos\* Kato Tomoaki\*, Rivas Vetencourt Pedro Programa Metropolitano de Trasplante de Hígado - Fundahígado. Caracas – Venezuela\*/ Department of surgery, Center for liver disease and transplantation, Columbia University New York, USA\*\*

### Resumen

La Rifaximina es un antibiótico bactericida que actúa inhibien-

do la síntesis del RNA bacteriano, no absorbible por vía oral, que alcanza un nivel alto de concentración en la luz intestinal, ejerciendo su actividad en bacterias grampositivas y gramnegativas aerobias, así como también en anaerobias. En pacientes con hepatopatías crónicas que han evolucionado a cirrosis, se presentan varias entidades clínicas como complicación: encefalopatía hepática, várices esofágicas e infecciones lo que podría llevar a un cuadro clínico de sepsis y/o fallo multiorgánico, este último punto, es poco lo referido en la literatura médica. **Objetivo:** Determinar la evolución clínica y el surgimiento de infecciones en pacientes con cirrosis hepática con Rifaximina y su comparación con aquellos pacientes los cuales no la recibieron. **Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo, con revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de cirrosis y uso o no de Rifaximina y su relación con la aparición de infecciones. **Resultados:** De un total de 27 pacientes estudiados, 9 se encontraban en etapa lactante, 6 eran preescolares, 3 escolares y 9 adolescentes; de los cuales 59% corresponden al género femenino y 41% al género masculino. De las patologías presentadas por estos pacientes en orden de frecuencia se evidenció Atresia de vías biliares derivada (29.6%), Hepatitis autoinmune (18.5%), Síndrome de Alagille (11.1%), Cirrosis criptogénica (11.1%), Atresia de Vías biliares no derivada (7.4%), Cirrosis intrahepática familiar progresiva (7.4%), Cirrosis biliar secundaria (3.7%), Hepatitis C crónica (3.7%), Cavernomatosis de la Porta (3.7%), Síndrome de Budd Chiari (3.7%). Las complicaciones observadas fueron de Várices esofágicas (25.9%), Colangitis ascendente (18.5%), Hemorragia digestiva superior (11.1%), Síndrome Hepatorrenal (7.4%), Prurito intratable (7.4%), Epistaxis (7.4%), Pancreatitis aguda (3.7%), Ascitis intratable (3.7%). Se encontró que del total de pacientes estudiados, 48.1% recibieron Rifaximina, evidenciando en estos menor número de infecciones, disminución en el índice de hospitalizaciones y de mortalidad. El grupo de pacientes (51.8%) que no recibió Rifaximina desarrollaron en mayor porcentaje complicaciones infecciosas, así como deterioro de la función hepática lo que conllevó a un mayor número de hospitalizaciones. **Conclusión:** el uso de Rifaximina en pacientes cirróticos, disminuye el riesgo de presentación de infecciones demostrado por la reducción de hospitalizaciones, el recibimiento de antibióticos sistémicos ambulatorios, en comparación a los que no recibieron el fármaco. La cirrosis hepática es una descompensación que deteriora la calidad de vida del paciente y su nutrición. Una de las causas que lo explica son las infecciosas, esto contribuye a una poca adherencia al resto del tratamiento. La eficacia de la Rifaximina en la prevención de infecciones no había sido evaluada antes, por lo que es importante dar a conocer la experiencia clínica con este medicamento y resaltar su utilidad en el alargamiento del mantenimiento del hígado antes de tener que contemplar el trasplante.

### 6. MICROBIOTA GASTROINTESTINAL AERÓBICA EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. ESTUDIO PRELIMINAR

Santamaria Giancarlo\*, Sánchez Roger\*, De la Torre Beatriz\*, Moreno Xiomara\*\*, Martínez Gustavo\*\*, Macero

Carolina\*\*, Márquez Ana\*\*\*, López Karolina\*\*\*\* Escuela de Bioanálisis "Universidad Central de Venezuela", Caracas-Venezuela\*/Departamento de Microbiología "Instituto Médico la Floresta", Caracas - Venezuela\*\*/Unidad de Autismo "Maternidad Concepción Palacios", Caracas-Venezuela\*\*\*/Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Hospital General "Dr. Miguel Pérez Carreño", IVSS. Caracas - Venezuela\*\*\*\*

## Resumen

**Introducción:** la alteración de la microbiota intestinal o Disbiosis ha sido implicada en la alteración del comportamiento del neurodesarrollo y problemas gastrointestinales en pacientes con trastorno del espectro autista (TEA). **Objetivo:** evaluar la microbiota intestinal aeróbica (MGIA) y clasificarla en beneficiosa, transitoria y enteropatógena en niños con TEA en la Unidad de Autismo-Maternidad Concepción Palacios. **Materiales y Métodos:** Desde el 26/02/2015 al 12/05/2015 se estudiaron de forma experimental y prospectiva 39 niños diagnosticados con TEA. Para el estudio de la MGIA se utilizaron muestras de heces. Se aplicó una encuesta para recopilar datos epidemiológicos, clínicos y comportamientos del neurodesarrollo. Para la evaluación de la MGIA o Disbiosis causada por bacterias, levaduras y especies de *Candida*, se propone la clasificación: Grado I, Grado II, Grado III y Ausente. **Resultados:** Fueron 27 niños (69,23%) y 12 niñas (30,77%), con una edad media de 6,3. Disbiosis 31 (79,5%), Disbiosis ausente 8 (20,5%). Según el grado de disbiosis, 5 (16,13%) Grado I, 7 (22,58%) Grado II, 19 (61,29%) Grado III. Los principales agentes causales de disbiosis fueron *Klebsiella spp.* (16), *Proteus mirabilis* (8), *Streptococcus sp.* (6), *Serratia marcescens* (5), *Candida spp.* (4). 2 niños presentaron *Campylobacter coli* como MGIA patógena. Manifestaciones gastrointestinales: 25,80% dolor abdominal, 16,13% diarrea y 38,7% estreñimiento. Trastornos del neurodesarrollo: 50% aleteos, 34% autoagresión, 61% berrinches, insomnio un 34,3%. **Conclusiones:** la presencia de disbiosis como causante de alteración de la MGIA pareciera que se presentan con más frecuencia en niños con TEA.

## 7. VIDEOCOLONOSCOPIA E HISTOLOGÍA EN NIÑOS CON O SIN TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA: ¿EXISTEN DIFERENCIAS?

John Pineda, Dianora Navarro, Karolina López, Katuska Belandria, Bernarded Méndez, Lisbeth Vivenes, Carla Aguiar, Idelsa Polanco. Unidad de Gastroenterología Pediátrica del Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño", IVSS, Caracas - Venezuela.

## Resumen

**Introducción:** La evaluación gastrointestinal baja se encuentra en el protocolo de estudio de niños con trastornos del espectro autista, con o sin sintomatología, debido a la potencial asociación de lesión intestinal, alergia alimentaria y alteraciones conductuales propios de la condición. **Objetivo:** determinar si existen diferencias a la videocolonoscopía e histología en niños con y sin trastornos del espectro autista. **Pacientes**

**y métodos:** estudio prospectivo y transversal entre enero 2014-2015. Incluyo niños con trastorno del espectro autista (grupo A) y sin autismo (grupo B) con indicación de videocolonoscopía. Variables: edad, sexo, clínica, antecedentes de alergia, características a la videocolonoscopía y biopsia. **Resultados:** Grupo A: 32 niños, edad promedio 7,12+2,73 años (rango 3-13), masculino 28 (87,50 %). Grupo B: 40 niños, edad promedio 6,16+3,80 años (rango 0,5-13), masculino 26 (65%). Alergia alimentaria: 87,5% grupo A y 20% grupo B. Videocolonoscopía: hiperplasia nodular linfoide, 72,72% grupo A vs 70% grupo; hiperplasia nodular linfoide con pérdida del patrón vascular 9,09% vs 22,5% respectivamente. No diferencias endoscópicas entre los grupos,  $p=0.3840$ . Presencia de pólipo rectal 16/40 (40%) en grupo B, ninguno en grupo A. En la comparación histológica, se excluyeron 6 niños grupo A y 7 grupo B, por no contar con reporte histológico. Grupo A, colitis crónica leve 3/26 (11,53%), moderada 22/26 (84,61%), severa 1/26 (3,84%). Grupo B, colitis crónica leve 9/33 (27,27%), moderada 18/33 (54,45%), severa 6/33 (18,18%), sin diferencias,  $p=0,1314$ . Reporte de cúmulos linfoides en el grupo A 14/27 (51,85%) y grupo B 8/33 (24,24%), eosinofilia de la mucosa, grupo A 17/27 (62,96%) y grupo B 5/33 (15,15%), ambas con una diferencia significativa,  $p=0,0414$  y  $p=0.0001$  respectivamente. **Conclusiones:** las características endoscópicas de la mucosa rectocolónica fue similar entre los niños. Se observó un predominio de cúmulos linfoides y eosinofilia en niños con trastorno del espectro autista, pero se requieren más estudios para explicar la importancia de estas diferencias encontradas.

## 8. GASTROPARESIA EN NIÑOS: DIAGNÓSTICO CLÍNICO POR DESCARTE

Bernarded Méndez, Dianora Navarro, Karolina López, John Pineda, Katuska Belandria, Lisbeth Vivenes, Idelsa Polanco, Carla Aguiar Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. IVSS, Caracas-Venezuela

## Resumen

**Introducción:** La gastroparesia es una condición que produce un retraso en el vaciamiento gástrico, sin evidencia de obstrucción mecánica. El diagnóstico de presunción requiere de estudios especiales, costos y deben excluirse otras causas. **Objetivo:** determinar la incidencia de pacientes con diagnóstico clínico de sospecha de gastroparesia en niños. **Pacientes y Método:** estudio retrospectivo, no experimental, descriptivo y transversal, entre junio 2014 a junio 2015. Incluye niños con sospecha clínica de gastroparesia. Se registró edad, sexo, sintomatología, causa, estudios realizados y tratamiento. **Resultados:** se encontró gastroparesia clínica en 40/4.552 niños evaluados en la consulta de gastroenterología para una incidencia de 0,008% (IC 95%: 8,11-8,19), 8 por cada mil niños atendidos; 24 (60%) niños y 16 (40%) niñas; edad promedio de 23,5 meses (1mes a 9 años) . La sintomatología predominante fue el vómito en 20 (50%) y residuo gástrico 11 (27,5%). La etiología identificada fue: secundaria a gastroenteritis 22/40 (55%), postoperatorio gastrointestinal

13/40 (32,50%), Pseudobstrucción Intestinal 3/40 (7,50%) y secundaria a infección *Helicobacter Pylori* 2/40 (5%). Se realizaron exámenes de laboratorio, ecosonograma abdominal y radiología simple de abdomen a todos los niños. Estudio radiológico contrastado digestivo superior a 18/40 (45%). Videoendoscopia superior e inferior en 6/40 (15%) y 3/40 (7,50%) respectivamente. El tratamiento indicado: modificaciones de la dieta en el 100% de los niños (lactancia materna, fórmulas lácteas hidrolizadas o dietas modificadas), en dos niños alimentación por sonda; inhibidores de secreción ácida 37/40 (92,5%) y procinético 22/40 (55%). **Conclusiones:** la incidencia de gastroparesia en niños en la consulta fue muy baja, el diagnóstico clínico se realizó esencialmente por descarte de otras patologías y su reconocimiento aumentaría considerable el diagnóstico.

## 9. PRESENTACIONES ATIPICAS DE ENFERMEDAD

### CELIACA: SERIE DE CASOS

Pérez Mayesther\*, Colina Nina\*\*, Rodríguez Miroslava\*\*, Verenzuela Andrea\*, Nieto Jaclin\*, Franco Jessica\*\*, Noroño María\*\*. Residente de Posgrado Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo\*/ Adjunto del Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo\*\*

#### Resumen

La enfermedad Celiaca (EC) es una alteración sistémica autoinmune desencadenada por el consumo de gluten en personas con predisposición genética (HLA DQ2- DQ8) caracterizada por un conjunto de manifestaciones clínicas inducidos por la ingesta de gluten, anticuerpos específicos, respuesta clínica e histológica favorable a la eliminación del gluten de la dieta. Hay síntomas típicos: como distensión abdominal, diarrea, falla de medro, entre otras que orientan al diagnóstico de esta patología; no obstante se puede manifestar de forma atípica o estar asociado a otras enfermedades inmunológicas (enfermedad tiroidea autoinmune, diabetes mellitus tipo 1, dermatitis herpetiforme). A continuación se presenta serie de casos clínicos de enfermedad celiaca con manifestaciones atípicas; atendidos en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Caso 1: Preescolar de 2 años de edad, masculino, con Dermatomiositis de dos meses de evolución, insuficiencia mitral y tricúspide leve e hipertensión pulmonar; referido por presentar hipertransaminemia; se realiza Anti transglutaminasa Ig A siendo positivo; con hallazgos histológicos de mucosa duodenal compatible con enfermedad celiaca tipo 2 de clasificación de Marsh, y positividad para el HLA DQ2. Se indica dieta libre de gluten, con mejoría de lesiones en piel y descenso progresivo de valores de transaminasas hasta su normalización. Caso 2: Adolescente de 15 años de edad, femenino, con diagnóstico de Pancreatitis Aguda Recurrente, por lo que su pediatra solicita evaluación por Gastroenterología Pediátrica. Se evidencia niveles de lipasa persistentemente elevados y valores de amilasa normales, estudios imagenológicos e histológicos (ecosonografía abdominal, tomografía computarizada abdominal con contraste, colangiografía resonancia,

ultrasonido endoscópico y biopsia de páncreas) normales. Se solicitó al grupo familiar niveles de lipasa y amilasa en suero, y se reportó en el padre hiperlipasemia, sin presentar síntomas. Se planteó diagnóstico de Hiperenzimemia Pancreática Benigna Familiar; y se solicitó perfil celiaco resultando positivo IgA anti péptido deaminado de gliadina, con positividad del HLA DQ2. Se inicia dieta libre de gluten con descenso progresivo de niveles de lipasa hasta la normalización, con pequeñas fluctuaciones durante los controles posteriores. Concluyendo Hiperenzimemia Pancreática Benigna Familiar y Enfermedad Celíaca. Caso 3: Adolescente de 11 años de edad, masculino, con antecedente de Enfermedad de Kawasaki permaneciendo con Aneurisma de las coronarias, Insuficiencia Mitral Severa, prolapso de válvula Mitral, Disfunción Ventricular. Quien presenta lesiones tipo pápulas, pústulas y costras generalizadas, se le realizó Biopsia de piel compatible con Dermatitis herpétiforme. Se solicita perfil celiaco; Anti péptido deaminado de gliadina: IgA- Ig G mayor de 10 veces de su valor normal, se inicia dieta libre de gluten. Paciente quien evoluciona satisfactoriamente con mejoría de lesiones de piel, y mejoría de fracción de eyección. La intención del estudio es resaltar la importancia de plantearse como diagnóstico la EC en asociación con otras enfermedades; siendo casos de presentación atípica de la EC.

## 10. ESTENOSIS ESOFAGICA COMPLEJA POSTCAUSTICO: TRATAMIENTO INTRALESIONAL CUANDO LA DILATACION CON BUJIAS FALLA

Bernarded Méndez, Dianora Navarro, Karolina López, John Pineda, Katuska Belandria, Carla Aguiar, Idelsa Polanco, Lisbeth Vivenes. Unidad De Gastroenterología Pediátrica. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. IVSS, Caracas-Venezuela.

#### Resumen

**Introducción:** En estenosis esofágica complejas postcaustico, la dilatación esofágica repetida es requerida para su resolución. La triamcinolona y mitomicina C intralesional o tópica, se ha empleado como terapia en este tipo de estenosis cuando el tratamiento con bujías es insuficiente y falla. **Objetivo:** Determinar la eficacia del tratamiento intralesional con triamcinolona y/o mitomicina C en la resolución de estenosis esofágica compleja refractaria a la dilatación esofágica con bujías. **Pacientes y Método:** estudio prospectivo, no experimental, descriptivo y transversal, durante un año, con aplicación de triamcinolona y/o mitomicina C en segmento estenotico, antes o después de la dilatación en niños con estenosis esofágica compleja post-ingesta de álcali. Se registró: edad, sexo, tipo de esofagitis (clasificación Zargar), longitud de la estenosis, índice de dilatación (sesiones/tiempo) antes y después de tratamiento intralesional. Dilatación con bujías o balón. **Resultados:** 15 pacientes; 9 (60%) niñas y 6 (40%) niños. Edad promedio 4,05 años (rango:1-16). Antecedente de Esofagitis Caustica IIb 9/15 (60%), IIIa 3/15 (20%) y IIIb 3/15 (20%), dilataciones precoces 8/15 (53,33%) y tardías 7/15 (46,67%). Longitud promedio de la estenosis 4,12 cm (2,5-12). El promedio general antes del tratamiento 19,26 sesiones DS+16,4206 en 6,78 meses DS+5,8812,

$p=0.0001$ . Tratamiento con triamcinolona 11/15 (73,33%), índice de dilatación promedio antes del tratamiento 2,83 DS +1,0377 y después 1,07 DS +0,4923, diferencia  $p=0.0001$ . En 3/15(20%) triamcinolona y mitomicin C, índice de dilatación promedio antes 3,4 DS +0,9933 y después 1,85 DS +0,6013, sin diferencia estadística  $p=0.0818$ . Un paciente recibió solo mitomicin C: índice 5,5 pre y 2 post-tratamiento. Dos pacientes fueron dilatados con balón hidrostático. No ameritaron nuevas dilataciones 7/15 (46,67%). **Conclusiones:** se observó una reducción general del índice de dilatación posterior al tratamiento intralesional, con buenos resultados con triamcinolona. Este tratamiento constituye una buena opción en la estenosis esofágica caustica y evita cirugía del paciente.

### 11. DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO ORGÁNICO Y FUNCIONAL: PREVALENCIA EN LA CONSULTA ESPECIALIZADA

Vivenes Lisbeth, Navarro Dianora, López Karolina, Aguiar Carla, Polanco Idelza, Blandria Katuska, Pineda John, Méndez Bernarded. Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. IVSS, Caracas-Venezuela.

#### Resumen

**Introducción:** El dolor abdominal crónico se presenta en forma frecuente e interfiere en la calidad de vida del niño; conocer su verdadera prevalencia en la consulta, contribuye a mejorar el abordaje diagnóstico y esclarecer la causa orgánica o funcional para indicar tratamiento específico. **Objetivo:** determinar la prevalencia de dolor abdominal crónico orgánico y funcional en la consulta de gastroenterología. **Pacientes y Método:** estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal (enero 2014-marzo 2015). Definición de dolor crónico, orgánico y funcional. Criterios de Roma III. Variables: edad, sexo, clínica, laboratorio, ecografía y endoscopia. **Resultados:** 137 niños con dolor abdominal crónico de un total de 1194 pacientes evaluados, para una prevalencia general en la consulta de 11,45% (IC 99%: 9,10-13,85). Edad promedio 9,8 años (rango 4-19), femenino 56,20% y masculino 43,8%; el grupo más afectado entre 10-15 años. En la identificación de la causa se realizó videogastroscoopia al 64,23%, el ultrasonido abdominal fue alterado en 11,30%. El dolor abdominal de origen orgánico se encontró en 92/137 (67,15%) para una prevalencia real de 7,71% (IC 99%: 5,72-9,69), las causas: Gastroduodenitis con o sin infección *Helicobacter pylori* 71/92 (77,17%), Enteropatía alérgica 12/92 (13,04%), Parasitosis 5/92 (5,43%), otras causas 4,36%. Origen funcional 45/137 (32,85%) con una prevalencia 3,77% (IC99%: 2,32-5,19), siendo el estreñimiento lo más frecuente, 30/45 (66,66%), dispepsia 8/45 (17,78%) y Síndrome de Intestino Irritable 7/45 (15,56%). **Conclusiones:** el dolor abdominal crónico tiene una prevalencia importante en la consulta, la causa orgánica fue más frecuente que la funcional, y la utilización de definiciones claras permitió una mejor evaluación del paciente, identificar la causa e indicar el tratamiento específico.

### 12. ASOCIACIÓN DE PAPILOMATOSIS ESOFAGICA CON PAPILOMATOSIS LARINGEA RECURRENTE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Ordoñez Mónica\*\*, Gallardo Kristal\*\*, González Ileana\*, Morao César\*, Dos Santos Ana María\*\*, Vitale Enza\*\*, Villarreal Yulimel\*\*, Montaña Luis\*\*

Adjuntos del Servicio de Gastroenterología\*/Residentes de Postgrado. Servicio de Gastroenterología. Hospital José Manuel de Los Ríos. Caracas. Venezuela. Junio 2015\*\*

#### Resumen

**Introducción:** Los papilomas esofágicos son tumores producidos por el Virus de Papiloma Humano, generalmente asintomáticos, constituyen menos del 2% de los tumores benignos de esófago. La transmisión en pacientes pediátricos puede ocurrir in útero o contraerse al momento del parto produciendo papilomas laríngeos. **Objetivo:** Relacionar la presencia del virus en vía aérea superior con la presencia de papilomatosis esofágica, con la finalidad de hacer un diagnóstico pre-coz de lesiones benignas y malignas por medio de biopsia e inmunotipificación. **Materiales/Métodos:** Se estudiaron 10 pacientes con diagnóstico de Papilomatosis Laríngea Recurrente. Se realizó endoscopia digestiva superior, con toma de biopsias de lesiones macroscópicas y de mucosa sana de los tres segmentos esofágicos. **Resultados:** Edad promedio: 6 años, hubo prevalencia del sexo femenino: 60%. 8 (80%) presentaron hallazgos histológicos (coilocitos) sin lesión macroscópica, localizados predominantemente en segmento esofágico superior/medio. 3 (30%) presentaron lesiones macroscópicas en segmento esofágico superior. Inmunotipificación: 60% tipo 6, 20% tipo 11, 20% negativo. **Conclusión:** La papilomatosis esofágica, es una patología de baja frecuencia. La inmunotipificación por PCR determino tipos de bajo riesgo oncogénico. Existen serotipos que se consideran un factor de riesgo importante en el desarrollo de cáncer de esófago.

#### TRABAJOS LIBRES

##### MODALIDAD POSTER CON DISCUSIÓN PEDIATRÍA

### 1. USO DE TUBO TRAQUEAL COMO SOBRE-TUBO EN EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Pérez Mayesther\*, Colina Nina\*\*, Rodríguez Miroslava\*\*, Verenzuela Andrea\*, Nieto Jaclin\*, Franco Jessica\*\*, Daoud Georgette\*\*\*, Noroño María\*\*

Residente de Posgrado Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo\*/Adjunto del Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo\*\*/Gastroenterólogo Pediatra\*\*\*

#### Resumen

La ingestión de cuerpos extraños es un accidente muy frecuente en la infancia y representa la segunda causa de indicación de endoscopia urgente en pediatría, después de la hemorragia digestiva. La mayor incidencia se observa entre los 6 meses y 6 años de edad. En el 19% de los casos la extracción será

vía endoscópica, siendo necesaria la extracción quirúrgica en 1% de los mismos; el 80% restante son eliminados espontáneamente por las heces. El riesgo asociado a la ingestión de cuerpo extraño aumenta cuando este es puntiagudo; por posible laceración de la mucosa y perforación esofágica; por lo que su extracción debe realizarse con sobretubo para disminuir las probabilidades de esta complicación. Caso clínico N°1: Lactante de 9 meses de edad, quien acude por haber ingerido un alfiler abierto (imperdible) de 2 cm de longitud que portaba una imagen religiosa en su ropa. El familiar intentó extraerlo con el dedo y observó expulsión de la saliva con sangre. Se ingresa en condiciones estables. La radiografía de tórax evidenció la presencia de un alfiler abierto en 1/3 superior de esófago. Se realizó endoscopia alta con equipo Olympus, GIF-XP160 (5mm), colocando como sobre tubo un segmento de tubo traqueal de 6.5 mm. El alfiler estaba adherido en el esófago. Se desplazó con la pinza hasta el estómago y se logró introducir dentro del sobre tubo extrayéndose sin inconvenientes. Egreso en buenas condiciones a las 48 horas. Caso clínico N° 2: Lactante de 9 meses de edad femenino, sin antecedentes patológicos, quien presenta de forma súbita náuseas y sialorrea, es llevada a centro asistencial donde realizan radiografía de tórax, evidenciando imagen radiopaca compatible con imperdible abierto, refieren al Servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo; se realiza sobretubocon tubo endotraqueal de 6 mm de diámetro y 20 mm de longitud, se procede a evaluación bajo visión endoscópica con equipo Olympus Gif – XP 150N 5mmevidenciando cuerpo extraño: imperdible en 1/3 superior de esófago, el cual progresa a estómago donde se realiza la extracción del mismo con éxito y sin complicaciones. Se concluye que el empleo de sobre tubo es menos común en pediatría, debido al riesgo de lesión del esófago durante la inserción; por lo que el uso de un segmento de tubo traqueal como sobre tubo ofrece seguridad para el paciente, accesibilidad y menor costo. No hay reportes en la literatura de esta experiencia, y es una opción terapéutica excelente hasta tener en el mercado tubos especiales.

## 2. INFECCION POR *HELICOBACTER HEILMANNI* A PROPOSITO DE UN CASO

NietoJaclin\*, Colina Nina\*\*, Rodríguez Miroslava\*\*, Venezuela Andrea\*, Pérez Mayesther\*, Franco Jessica\*, Noroño María\*\*. Residente de postgrado Gastroenterología y Nutrición Pediátrica\*/Pediatra Gastroenterólogo. Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Militar Dr. "Carlos Arvelo"\*\*\*

### Resumen

La infección por *Helicobacter Heilmannii* es de aparición muy infrecuente, con prevalencia entre el 0,08 al 1% y su transmisión proviene del contacto de animales domésticos, que actuarían como posible reservorio. La afección gástrica es más leve que la producida por *Helicobacter pylori*, sin embargo se ha relacionado con úlcera gástrica y duodenal. El manejo terapéutico es similar al empleado en *H. Pylori* y está demostrada la mejoría de las lesiones tras su eliminación. Se

presenta preescolar de 5 años de edad, masculino, con dolor abdominal crónico de leve intensidad y distensión abdominal; evidenciando en la Endoscopia Digestiva Superior: cuerpo y antro gástrico con eritema nodular moderado concluyéndose Gastropatía Nodular Moderada; con Biopsia que reporta: mucosa antral y corporal con gastritis crónica severa con actividad, hiperplasia regenerativa típica. Cúmulo Linfoides con lesión linfoepitelial focal, presencia de *H. Heilmanni*. Se indica tratamiento con Inhibidor de bomba de protones, Amoxicilina y Metronidazol; persistiendo sintomatología, con control endoscópico a los 3 meses persistiendo patrón nodular. Se toma biopsia para estudio histológico y determinación de PCR en Instituto de Biomedicina Hospital Vargas, en espera de resultado. En vista de ser una infección de presentación inusual, es de interés la presentación de este caso clínico para ampliar estudios tanto en el campo de la medicina como de la medicina veterinaria para precisar la situación de los organismos tipo *Helicobacter* diferente al *H pylori*, tanto en seres humanos como en mascotas y otros animales domésticos, con el fin de verificar su prevalencia y patogenicidad.

## 3. ENCEFALOPATIA PANCREÁTICA COMO COMPLICACIÓN DE PANCREATITIS AGUDA GRAVE: A PROPOSITO DE 2 CASOS

Franco Jessica\*\*, Colina Nina\*, Pérez Mayesther\*\*, Venezuela Andrea\*\*, Nieto Jaclin\*\*, Rodríguez Miroslava\*, Noroño María\*. Gastroenterólogo Pediatra\*/ Residente de Postgrado de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica\*\*/ Pediatra Puericultor\*\*\*/ Residente de Postgrado de Pediatría y Puericultura. Unidad de Gastroenterología Y Nutrición Pediátrica Hospital Militar "Doctor Carlos Arvelo", Caracas – Venezuela\*\*\*\*

### Resumen

**Introducción:** Encefalopatía pancreática es una complicación poco frecuente de la pancreatitis aguda grave (PAG). En los últimos años, se han reportado más casos de encefalopatía pancreática (EP) en todo el mundo, y el inicio en la etapa temprana fue considerado como un signo de mal pronóstico de PAG con una alta tasa de mortalidad, pero la patogénesis de EP en PAG todavía no se ha aclarado en la última década. El propósito de esta revisión es resaltar esta complicación en PAG, a través de la experiencia en dos pacientes con estos diagnósticos. Esto motivado, a que su incidencia en la edad pediátrica es extremadamente rara. Es más frecuente en la cuarta década de la vida. El inicio del cuadro clínico varía de horas a semanas y se caracteriza por alteración del estado de conciencia, como desorientación espacial, agitación con delirio, alucinaciones, coma, nistagmus y amaurosis. El tratamiento de los síntomas debe estar dirigido a disminuir el índice de secuelas neurológica y de esta manera lograr reducir la alta tasa de mortalidad. En este trabajo se describe la experiencia de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" en el reconocimiento de la Encefalopatía Pancreática en dos pacientes con Pancreatitis Aguda Severa. **Conclusiones:** Encefalopatía pancreática se caracteriza por un patrón de signos y síntomas neurológicos,

típicamente fluctuantes en el tiempo, con remisión y recaídas. La patogénesis de esta enfermedad todavía no está clara. Una de las hipótesis más fiables, es la presencia de enzimas pancreáticas en el torrente sanguíneo que altera la barrera hematoencefálica y daño en áreas del cerebro, tronco cerebral y cerebelo. Debido a su baja incidencia en la edad pediátrica el propósito del presente estudio es compartir la experiencia en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" con la finalidad de hacer el diagnóstico oportuno y evitar así la progresión a esta complicación.

#### 4. BILIOPATIA PORTAL EN NIÑOS: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Venezuela Andrea\*\*, Colina Nina\*, Franco Jessica\*\*, Rodríguez Miroslava\*, PerezMayesther\*\*, Nieto Jaclin\*\*, Bracho Victor\*\*\*, Pascualone Alida\*\*\*\*, Noroño María\*  
Pediatria Gastroenterólogo\*/ Residente de Postgrado De Gastroenterología y Nutrición Pediátrica\*/ Gastroenterólogo De Adultos Especialista en Vías Biliares\*\*/Cirujano Pediatra Unidad de Gastroenterología Y Nutrición Pediátrica Hospital Militar "Doctor Carlos Arvelo" Caracas – Venezuela\*\*\*\*

##### Resumen

**Introducción:** Biliopatía portal se presenta como alteraciones en la pared de la vesícula y conductos biliares extrahepáticos, ocasionando la obstrucción biliar (parcial y raramente total) producida por várices del hilio hepático (cavernoma) secundaria a trombosis portal asociada a la presencia de varices coledocianas con daño isquémico concomitante y alteraciones estructurales de la pared. La compresión externa de los conductos biliares y/o la isquemia de los mismos parece ser el mecanismo responsable principal en su desarrollo. Su incidencia es bastante baja siendo más frecuente en el sexo masculino y en la edad preescolar. El cuadro clínico es el de ictericia obstructiva con el amplio espectro de obstrucción parcial o total del conducto, dolor y distensión abdominal y ocasionalmente fiebre. El tratamiento de los síntomas debe estar dirigido al alivio de la hipertensión portal y de la ictericia obstructiva. En este trabajo se describe un estudio realizado en la unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" se presentan 2 pacientes con hipertensión portal asociado a colestasis obstructiva.  
**Conclusiones:** Transformación cavernosa de la vena porta, debido a obstrucción de la vena porta extrahepática no es infrecuente pero obstrucción biliar en asociación con este trastorno es extremadamente rara. El manejo adecuado de los casos es muy importante ya que la obstrucción prolongada del conducto biliar puede conducir el desarrollo de colangitis ascendente o más adelante cirrosis biliar secundaria. Dado la baja incidencia de Biliopatía portal en niños el objetivo de la descripción de estos casos es dar a conocer la experiencia y plan de trabajo a seguir con este tipo de pacientes.

#### 5. ABETALIPOPROTEINEMIA: CASO REPORTADO EN VENEZUELA

Colina N\*, Mariño M\*\*, Bosch V\*\*\*, Rodríguez M\*, Villarreal

L\*\*\*\*, Daoud G\*, Adriani N\*\*\*\*, Rojas Y\*\*\*\*\* /Gastroenterólogo Pediatra\*/Pediatra Nutrologo Centro de atención nutricional del niño y del Adolescente\*\*/ Endocrinólogo. Unidad de Lipidología Universidad Central de Venezuela\*\*\*/ Anatomopatólogo\*\*\*\*/ Pediatra\*\*\*\*\*/\*\*\*\*Licenciada en Nutrición. CANIA. Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Militar Dr. "Carlos Arvelo". Departamento de Pediatría. Hospital Militar Dr. "Carlos Arvelo". Ca-racas-Venezuela. Unidad de Lipidología Universidad Central de Venezuela.

##### Resumen

La Abetalipoproteinemia, es una enfermedad autosómica recesiva, muy rara, con una prevalencia estimada inferior a 1/1.000.000. Caracterizada por niveles bajos permanentes de Apolipoproteína B y de colesterol, retraso en el crecimiento, malabsorción, hepatomegalia y manifestaciones neuromusculares. **Objetivo:** Se describe lactante mayor de 13 meses de edad, masculino, con inicio de enfermedad actual a los 2 meses de edad, manifestada por esteatorrea, anemia ferropénica, esteatosis hepática, detención del crecimiento, niveles bajos de colesterol y de Apo B. **Métodos:** Desde el punto de vista nutricional el manejo consistió en plan de alimentación con aporte controlado en grasa, la cual se calculó en 20%, aporte de TCM (fórmula semielemental y TCM en presentación individual), lípidos endovenosos, uso de módulos calóricos y proteicos, y suplementación de vitaminas liposolubles a altas dosis. Se mantuvo lactancia materna indicando a la madre extraerla y administrarla en biberón de manera de poder controlar volumen aportado. **Resultados:** A lo largo de los 5 controles realizados durante un año de intervención se logró la recuperación nutricional, registrándose los cambios más importantes en los parámetros de composición corporal donde la CMB, el pliegue tricípital, y el Peso-edad mostraron un incremento de 3,5, 2,8 y 2,7 DE respectivamente. Respecto a la talla, el parámetro más afectado (-5,8DE) se logró un incremento de 1,7 DE, manteniéndose el diagnóstico de talla baja del ingreso. **Conclusiones:** se realizó análisis del gen MTTP, resultando el paciente portador de la variación p.Ala835Pro, en homocigosis, en el gen MTTP. Esta mutación no se encuentra descrita en la literatura.

#### 6. HERNIA HIATAL SEVERA INTRATORACICA EN UN NIÑO DE 3 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Núñez F, Olynés Rivero M, Anelsi J, Manzanilla Gabriela. Unidad de Gastroenterología y Nutrición pediátrica. Hospital de niños Dr. Jorge Lizárraga. Valencia- Venezuela.

##### Resumen

La hernia hiatal es la anomalía más usual del tracto digestivo superior. Se define como la protrusión parcial o total del estómago hacia la cavidad torácica, se pueden clasificar en tres tipos: hernia hiatal para esofágica, hernia hiatal por deslizamiento o hernia hiatal mixta. El estudio diagnóstico de elección es el esofagograma con medio de contraste baritado, pues permite una dilatación del esófago con el fin de poner en evidencia un anillo esofágico inferior suprahiatal y la mu-

cosa gástrica en la región torácica, seguido de la endoscopia digestiva superior. Se presenta como caso clínico un niño de 3 años de edad con el tipo de hernia hiatal mixta, siendo la de menor frecuencia epidemiológica; inicialmente con sospecha diagnóstica de un tumor pulmonar, dada la magnitud del desplazamiento del estómago intratorácico. Se reporta clínica, diagnóstico y resolución quirúrgica en el paciente. Concluyendo que se debe considerar casos de grandes hernias hiaales intratorácicas ante la presencia de una masa en mediastino posterior, con nivel hidroaereo en la radiografía de tórax; y tener en cuenta que todas las hernias hiaales severas deben ser corregidas quirúrgicamente una vez hayan sido diagnosticadas, aún en ausencia de sintomatología, dado su potencial de complicaciones incluyendo el vólvulos, la estrangulación y perforación gástrica que obligarían a intervenciones de urgencia que conllevan mayor mortalidad.

## 7. ESQUISTOSOMIASIS HEPÁTICA: REPORTE DE 2 CASOS

Olynés Núñez F, Anelsi Rivero M, Gabriela Manzanilla. Unidad de Gastroenterología y Nutrición pediátrica. Hospital de niños Dr. Jorge Lizárraga. Valencia- Venezuela.

### Resumen

La esquistosomiasis es una enfermedad parasitaria aguda y crónica causada por trematodos del género Schistosoma. Al menos 249 millones de personas en el mundo necesitaron tratamiento en el 2012, siendo la causa más común de va-rices esofágicas en los países en desarrollo. Se presentan 2 casos consanguíneos (hermanos) procedentes de zona rural, con clínica gastrointestinal y eosinofilia marcada, posteriormente manifestaciones hepáticas tras múltiples estudios y años de manejo tienen como hallazgo causal esquistosomiasis, se menciona clínica, manejo, diagnóstico y tratamiento. Concluyendo que la esquistosomiasis constituye un importante problema de salud en los países en vías de desarrollo. Teniendo en cuenta que actualmente, la cuarta parte de la población mundial está infectada por algún tipo de helminto.

La Junta Directiva de la SVG y Grupo Advancement, los invita a inscribirse en el Fondo de Previsión Social y Retiro



### ¿Qué es el Fondo de Previsión Social?

Una estructura sin fines de lucro, orientada hacia fines de interés pensional, llamados a completar la asistencia social y de retiro.

### Requisitos para Inscripción

- \* Ser miembro solvente de la SVG
- \* Llenar la planilla de inscripción

### ¿Cómo puedo hacer el aporte?

Mensual, Trimestral y Anual.  
Domiciliado a la tarjeta de crédito de su preferencia o por depósito bancario.  
El monto del aporte es decisión del ahorrista, además cuenta con un aporte institucional que realiza la SVG.

**Si te interesa tu futuro  
¡INSCRÍBETE YA!**

Más información  
Teléfonos: 991.67.57 / 991.26.69  
correo: [fondoprevisionsocial.svg@gmail.com](mailto:fondoprevisionsocial.svg@gmail.com)

